

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

PARTEIRAS, BUCHUDAS E APERREIOS
UMA ETNOGRAFIA DO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO NÃO OFICIAL NA
CIDADE DE MELGAÇO, PARÁ

Soraya Resende Fleischer



Tese de doutorado em Antropologia Social apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Professora Doutora Cláudia Lee Williams Fonseca.

Porto Alegre, 2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Ao Mica,
sempre com o frescor dos “amantes da ponte nove”.

Ao David e ao Pedro,
que tanto têm me ensinado
sobre nossa infinita capacidade de superação.

À Nilda Bentes dos Santos,
D. Bernadete Maria Oliveira
e Luís Fernando Caon da Luz,
in memoriam.

AGRADECIMENTOS

O doutorado é um processo muito mais denso do que se supõe, ao iniciar. É certo que traçamos alguns planos e metas logo que o curso se inaugura. Mas jamais podemos imaginar exatamente por onde andaremos durante todo esse tempo. Meu percurso me foi uma dádiva. Deixei Brasília, minha terra natal, e mudei com toda a família para Porto Alegre. Durante a pesquisa, estive em várias cidades cosmopolitas e interioranas na Guatemala, em Pernambuco e no Pará. Além disso, para apresentar trechos em construção dessa tese, estive em congressos em Caxambu, Florianópolis, Manaus, Rio de Janeiro, no Brasil, Rosário, na Argentina, e Quetzaltenango, na Guatemala. Fiz pesquisa bibliográfica em Nova Iorque, Belém, Recife, Brasília e Porto Alegre. Foram quatro anos por vários cantos da América e, muito mais do que cumprir com uma obrigação acadêmica, o doutorado me lançou no mundo, me arregalou os olhos, me transformou existencialmente.

Contudo, estas cidades todas fazem pouco sentido sem as pessoas que tive a satisfação de conhecer e conviver e que, de alguma maneira, imprimiram sua marca nesse trabalho. Neste exíguo espaço, desejo registrar minha enorme gratidão pela atenção, informação, cuidado e companhia com que estas pessoas me brindaram. Só posso esperar o momento oportuno para girar a roda da reciprocidade.

D. Dinorá Bernardes da Silva começou me apresentando como “uma pesquisadora” e, ao final dos meses em que vivi com ela, já dizia, “Soraya é a minha filha branca em Melgaço”. Ela não só me incorporou na poderosa lógica do parentesco local. Aceitou dividir comigo um pouco de sua vida, de seu pensamento, de suas preocupações. Fui tomada pelo tempo, gastronomia, humor da família Silva. E não foi fácil escrever toda essa tese sem poder continuar contando com as várias horas que ela e eu passávamos juntas, fazendo toda sorte de atividade, desde as voltas obstétricas até torrar e peneirar café, que nos acostumamos a compartilhar ao final de cada tarde. D. Dinorá, sem dúvida, foi a principal responsável por dois aspectos centrais deste período em campo: minha iniciação na Amazônia e, mais especialmente, nos “Marajós”, e minha entrega pessoal durante o trabalho de campo. Seu Bola (seu esposo), Anita, Alan e Paulo José (seus netos), D. Neidinha (sua mãe), Nancy e Natália (suas noras), Goreti, Maria Auxiliadora e Nívea (suas filhas), Éder e Jardelson (seus filhos) e a porção de netos que passavam diariamente pela “nossa” casa faziam minha estada ali muito menos solitária e muito mais agradável. Com as crianças e adolescentes, como Filó, Anita, Paulo José, Petrônio, Ciça e Gabriela, aprendi sobre sexualidade, namoros, brincadeiras

de rua, nomes de fruta, segredos dos *encantados*, botos, *mizuras*, *panemices*, *imbiaras* e toda sorte de estratégia adaptativa para a quentura equatorial. Foram eles que me ensinaram, não sem uma corda de risos, a puxar água do poço, matar caranguejeiras, comer açaí e ingá. D. Dina também me apresentou a dezenas de mulheres gestantes e suas famílias, aos donos de *mercantis* e barqueiros, aos funcionários da Unidade de Saúde e da prefeitura. À sua família e rede social, agradecerei sempre.

Com D. Benta, D. Pequenina, D. Jajá, Julieta, D. Lavínia, D. Mirna, D. Socorro, Nininha, Sandra, D. Zica e D. Zélia, algumas das muitas parteiras da cidade, tive mais contato, mais tempo de prosa e lhes sou grata pelos ensinamentos, sucos de cupu, *chopes* de abacate e tantas delicadas formas de hospitalidade. Em Melgaço, os enfermeiros, médicos, porteiros, funcionários da prefeitura e do cartório mostraram disponibilidade para conversar e abrir suas instituições para a pesquisa. À Raimunda Taveira, Ana Rosa, Junior, Débora, Ângela e Gabriela, principalmente, minha gratidão. Agenor Sarraf Pacheco e Hélio Baia, pesquisadores nativos, gentilmente me apresentaram à produção acadêmica da *intelligentsia* local.

Mesmo que a tese tenha se concentrado em Melgaço, conheci parteiras maravilhosas, conversadeiras e folionas ao longo de toda pesquisa. D. Rita, de Breves, PA, Raimunda, de Óbidos, PA, Marinês, de Novo Cruzeiro, MG, D. Bernadete e Alice, de respectivamente Jaboaão dos Guararapes e Trindade, PE, Doña Cupertina, Doña Juana e Sofia Ordoñez, das redondezas de Antigua e Maria Cecília e D. Maria Eugenia, de Quetzaltenango, na Guatemala, marcaram especialmente minha memória e me enchem de saudades. Realmente espero poder reencontrá-las em tempo.

Pamela, Nélide, Nísia, Cleusa, Simone e Tito me receberam com toda amabilidade típica dos pernambucanos no Instituto Partejar, nas franjas da imensa Recife. Minha estada ali permitiu que eu conhecesse de perto como políticas e ações de intervenção são traçadas e efetivadas em prol das parteiras do país. Foi esta ONG que, há muito investindo em terras paraenses, viabilizou meu contato com D. Dinorá e algumas autoridades sanitárias da cidade. Cumplicidade, identificação e amizade nos cercaram e tive a oportunidade de viajar com elas, participar de cursos de treinamento, refletir sobre o parto domiciliar no país e sonhar com atividades comuns num futuro próximo. Débora Diniz, amiga de Brasília e familiarizada com o “mundo das ONGs feministas”, me apresentou ao Instituto. Em Pernambuco, tive as portas abertas em três outras entidades, o Cais do Parto, a Associação de Parteiras Tradicionais de Jaboaão dos Guararapes e o SOS Corpo Instituto para a Democracia. Na Guatemala, minha incursão pelo campo começou com a ONG La Matriz e, graças a elas, pude participar de

curtos, eventos, partos e toda uma esfuziante “sociabilidade feminina” entre *gringas* e *comadronas*.

Felizmente, de minhas principais trocas intelectuais neste período, desabrocharam belas amizades. Com Alinne Bonetti e Pedro Nascimento, aprendi muito, muito mais do que feminismo, movimento social e antropologia. Com Alinne, organizei um livro, um grupo de trabalho e um dossiê de artigos e há muitos outros planos pedindo para sair do papel. Pedro me mostrou que temos muito mais força e capacidade de superação dentro de nós mesmos do que imaginamos. Ambos também participaram de nosso informal, mas assíduo grupo de estudos (e de ajuda mútua, diria), bem como Heloisa Paim, Miriam Steffen, Marcia Londero, Karla Galvão e Pilar Uriarte, às quais agradeço muitíssimo. Leram e releeram capítulos e artigos que produzi nesse período e, aos poucos, fui me familiarizando com o olhar externo e a “crítica afetiva”, como denomino essa possibilidade real de troca e aprendizado.

Dentro da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rose Feijó e Alexandre Aguiar me guiaram pelas burocracias institucionais e sempre me fizeram sentir bem vinda, depois de cada regresso de uma viagem. O Núcleo de Antropologia e Cidadania, com seu espaço democrático e criativo, me ensinou o sentido de “núcleo de pesquisa” e agradeço a mais essa oportunidade. O Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde me introduziu aos proveitosos “Seminários de tese”, às pesquisas em parceria com a sociedade civil, a vários seminários de apresentação de resultados. Meus professores, Ana Luísa Rocha, Cornélia Eckert, Ruben Oliven, Ceres Victora, Veriano Terto Jr., Daniela Knauth e Cláudia Fonseca me mostraram o caminho da antropologia gaúcha.

Cláudia Fonseca foi uma orientadora extremamente presente, sempre me insuflando com estímulo e desafio. E tem me ajudado a compreender, para além da tese, o ethos acadêmico, o hibridismo cultural e a generosidade necessária na transmissão de conhecimento. Será difícil não sentir saudades das intensas reuniões regadas a bolinhos e biscoitos com chá. Agradeço sua paciência, confiança e amizade.

Meus amigos de curso, Nicole Reis, Gustavo Correa, Gianpaolo Adomilli, Simone Moura, Débora Krischke, Paula Sandrine, Rosana Pinheiro, Marta Ciocari, Marcos Benedetti, Alessandro Bica me apresentaram a UFRGS, à cidade, ao rock’n’roll gaúcho, à boemia e à *flanerie* urbana. Leonardo Malcher, doutorando e paraense, prontificou-se a me guiar por Belém e pelos primeiros passos nesta socialização. Sua família me apresentou às delícias da culinária e da hospitalidade locais. Toninho Braga me provocou constantemente com instigantes perguntas sobre meu campo. Agradeço todo este apoio.

Muitos amigos me encheram de postais, cartas, e-mails e visitas para apaziguar minha saudade, angústia e, por vezes, solidão que o doutorado causou. Andréa Lobo, Juliana Dias, Silvia Guimarães, Mônica Nogueira, Luís Carrazza, Tatiana Bresolin, Marcia Vasconcelos, Bia Santos, Vivi Leal, Carolina Velho, Raquel Moreira, Priscila Dantas, Kelly da Silva, Augusto Padilha, Frederico Guilherme, Letícia Almeida, Márcia Veiga, Ângelo Adami, Gracco Bonetti representam uma rede afetiva da qual, por fortuna, faço parte.

Edyr, David e David Ivan Fleischer estiveram presentes comigo diariamente. Minha mãe me manteve falante, animada, esperançosa com seus telefonemas, orações, cartas, quitutes e mimos mineiros. Meu pai enviou centenas de *clippings* sobre parteiras, parto humanizado, ONGs, feminismo etc. para que eu não perdesse o contato com toda uma gama de acontecimentos paralelos ao que eu encontrava em Melgaço. De meu irmão, também antropólogo, recebi toda sorte de apoio, desde referências e revisões de meus textos, até sua bem humorada companhia durante os curtos períodos de férias a que me permiti. Eles três formam um círculo coeso e repleto de amor que nunca me deixou esquecer dos valores que norteiam minhas prioridades. Agradeço também às outras fortes personagens femininas de minha biografia: Marialva Swioklo, Marcia Anderson, Norma Fleischer, Lucília Naves, Raquel Ticle, Maria Antonieta e Ivanise, Leila, Carmen, Dola e Dulce do Vale. Essa tese teria sido impossível sem minha família.

Michael, dono dos mais belos olhos azuis do mundo, me rodeou de toda ternura que um homem pode oferecer a uma mulher. Grata por aventurar-se pelo mundo comigo; grata por **tudo**. E Dolores e Rodolfo fizeram meu dia-a-dia mais alegre e festivo.

Agradeço também ao Museu Goeldi, à Universidade Federal do Pará (na figura de Graça Ferraz), à Universidade da Amazônia, à Universidade Federal de Pernambuco e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituições que facultaram meu acesso às suas bibliotecas, departamentos, arquivos e eventos.

O CNPq me permitiu dedicação exclusiva durante todo o doutorado e, por conta desse apoio, acredito que a presente tese ganhou imensamente em termos de qualidade. Em termos financeiros e logísticos, recebi também apoios pontuais da ONG Partejar e da ONG La Matriz. O NACI também me ofereceu uma passagem para participar de um evento em Florianópolis, SC. A FIOCRUZ, a ANPOCS e a PROPESQ patrocinaram minha participação em três eventos científicos. Meus pais e minha sogra sempre estiveram presentes, com suas generosas ofertas de passagens, milhas, pouso e livros durante todo esse tempo.

E Milton Hatoum, encantador escritor manauara, me manteve perto do “Norte” para muito além das dores da tese.

RESUMO

Essa tese trata da prática de parteiras na cidade de Melgaço, na região marajoara e fluvial do estado do Pará, no contexto globalizado entre 2004 e 2006. Seguindo uma abordagem antropológica, minha proposta foi me aproximar da “visão nativa”, integrando a prática de parteiras dentro da análise do modo de vida “local”. Optei por centrar a discussão na etnografia pormenorizada da vida cotidiana (práticas e conhecimentos) das parteiras, sem, no entanto, cair no erro de monografias anteriores, isto é, sem me limitar a uma “história natural” do grupo, como se fosse “exótico” e “isolado”. A importância que estas mulheres conferem à atenção da saúde gineco-obstétrica envolveu analisar elementos tão diversos quanto a massagem abdominal empregada (conhecida localmente como *puxação*), as relações conjugais e de parentesco, a interação com o sistema de saúde institucional e os cursos de treinamento organizados por ONGs. A originalidade dessa pesquisa é pretender suplantar as dicotomias usuais (tradição/modernidade, biológico/cultural etc.), além da preocupação funcionalista (como modificar as práticas locais), para ressaltar a dimensão social (redes familiares etc.) e simbólica (saberes locais, hierarquias de prestígio) que englobam os elementos que vêm “de fora”, conferindo um sentido à prática **atual** das parteiras.

Palavras-chave: Parteiras, saúde reprodutiva, Pará.

ABSTRACT

This thesis addresses the practice of midwives in the city of Melgaço, in the fluvial region of the Marajó, State of Pará, in the globalized context from 2004 to 2006. Following an anthropological approach, my intention was to become closer to the “native view”, integrating midwives’ practice within the analysis of the “local” way of life. I chose to center this discussion on a detailed ethnography of the midwives’ daily life (practices and knowledge) without, although, committing the mistake of previous monographies, that is, without limiting myself to a “natural history” of the group, as if they were “exotic” and “isolated”. The importance that these women confer to gynecological and obstetrical health issues involved the analysis of elements as diverse as the abdominal massage (known locally as *puxação*), the kinship and marital relations, the interaction with the institutional health system and the training courses organized by NGOs. The originality of this research is to intend to overcome usual dichotomies (e.g. tradition/modernity, biological/cultural etc.), beyond the functionalist worries (how to modify the local practices), in order to enhance the social (family networks etc.) and symbolic (local knowledge, prestige hierarchies etc.) dimensions that involve the elements coming “from outside” and that confer a meaning to the current practice of these midwives.

Keywords: Midwives, reproductive health, Pará.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO		12
Por que uma tese sobre parteiras, <i>buchudas</i> e <i>aperreios</i>? Notas sobre um percurso de pesquisa		
I	Inspirações iniciais	12
II	Atores e agendas que falam sobre parteiras: Feministas, ONGs e simpatizantes	13
III	Ainda outro aspecto neste cenário: A idéia de saúde reprodutiva	17
IV	Desvio de curso	23
	a A contribuição da academia: Pesquisadores da Enfermagem, História e Ciências Sociais	23
	b Inquietudes que me levaram para fora do gabinete, à procura de um campo	30
	c Continuando no rumo antropológico: Cultura e conhecimento através da prática	32
V	A organização do presente percurso de pesquisa	39
	a Um breve panorama da saúde reprodutiva no Pará	39
	b A organização desta tese	45
CAPÍTULO UM		49
Rios, florestas e alteridade: Uma ambientação físico-histórica da região de Melgaço, Pará		
1.1	De Belém do Pará até a “hinterlândia”: A paisagem de rios, ilhas e florestas	52
1.2	Chegando à cidade anfitriã: Primeiras impressões	59
	1.2.1 Chegada à casa anfitriã: Primeiras impressões	63
1.3	Fragmentos de uma história de Melgaço	71
	1.3.1 À <i>frente</i> e <i>atrás</i> : Algumas notas etnográficas	90
CAPÍTULO DOIS		97
A <i>puxação</i> no parto: Manipulando barrigas, manipulando significados		
2.1	Por que uma tese a partir de uma parteira?	98
2.2	Fragmentos biográficos	103
2.3	A <i>puxação</i> : A principal atividade da parteira	115
	2.3.1 O caso de Silvana: Uma <i>barrigada</i> “estranha”	117
	2.3.2 <i>Puxando</i> durante a gravidez: Uma construção lenta e metódica da experiência	126

2.3.3	<i>Puxando</i> durante o trabalho de parto: Os holofotes no risco e na competência	135
2.3.4	<i>Puxando</i> depois do parto: Um acompanhamento para a reordenação da vida	139
2.4	Problematizando a <i>puxação</i>	146
CAPÍTULO TRÊS		151
Do chamado ao contrato: Transformações sobre a reciprocidade entre parteiras, parturientes e seus maridos		
3.1	Primeiros conselhos sobre a reciprocidade	152
3.2	Como D. Dinorá e suas colegas se tornavam parteiras	157
3.3	<i>Chamadas a ajudar</i> : O trabalho das parteiras no interior do município de Melgaço	163
3.4	A chegada na cidade: Mudança de contexto	169
3.5	Os novos termos da reciprocidade: A parteira é escolhida, contratada e aceita (ou não) o serviço	174
3.5.1	A escolha no contexto urbano: Abrindo o leque de possibilidades	174
3.5.2	O <i>contrato</i> : O dinheiro criando um realinhamento	177
3.5.3	O aceite e o preço: O significado do “preço” dentro da trama de relações	178
3.5.4	Quando o <i>contrato</i> não é aceito: A perda do monopólio e a liberdade de não aceitar	183
3.6	Progressão de carreira: Profissionalização e uma nova política de tarifas	187
3.7	Comentários finais: Além das dicotomias	195
CAPÍTULO QUATRO		202
Parto para casa ou parto para hospital: Aperreios, riscos e o local do parto como território social		
4.1	Josiane	206
4.1.1	Alguns elementos que configuram um <i>parto fácil</i>	207
4.2	Beatriz	210
4.2.1	Quando um <i>parto fácil</i> passa a <i>difícil</i> ou como um <i>parto para casa</i> acaba no hospital	212
4.2.2	Os hospitais afastam e agravam <i>partos difíceis</i>	215
4.3	Nara	220
4.3.1	Alguns elementos que configuram um <i>parto difícil</i>	221
4.3.2	<i>Parto para hospital</i> também precisa de parteira	223

4.3.3	Para resolver um <i>parto difícil</i> não adianta só contar com o hospital	224
4.4	Acácia	227
4.4.1	Como um <i>parto para hospital</i> acaba em casa	230
4.5	Considerações finais	233
4.5.1	Quatro comentários de fundo	233
4.5.2	Os locais de parto como “territórios sociais”	237
CAPÍTULO CINCO		241
<i>Quem sabe não mede. Quem não sabe mede três dedos. Legitimidade e autoridades em disputa entre parteiras</i>		
5.1	A contextualização do confronto atual de saberes: Organizações internacionais, ministérios da saúde e ONGs nacionais	243
5.2	<i>Parteiras jovencinhas, antigas e aposentadas</i> : Uma hierarquia a base da prática	252
5.3	Os cursos de formação entram em cena: Dois exemplos para pensarmos as relações entre as parteiras de Melgaço	257
5.3.1	D. Tetéia: Uma <i>parteira antiga</i> que preferia ignorar os cursos	257
5.3.2	D. Benta: Uma parteira que, apesar de <i>aposentada</i> , aproveitava plenamente dos cursos	262
5.4	Apropriações inesperadas dos cursos de treinamento	269
5.5	As diferentes fontes de legitimidade e a (constante) reconstrução da definição de “parteira”	274
5.5.1	Uma relação especial com o Instituto Partejar	278
5.5.2	Comentários finais	282
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS		288
<i>Ou sobre a difícil tarefa de despedir-me da tese, de seus personagens e de meus aprendizados</i>		
LISTA DE SIGLAS		292
GLOSSÁRIO		293
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		300

Onde tem mulher sofredora, tem parteira.

Parteira pernambucana, Maracápe, PE,
setembro de 2005

*Trabalha-se com as mãos ao escrever,
mas antes já se olhou, já se chorou ou sorriu, já se sonhou.
Escrevo porque gosto de contar histórias,
e porque há uma voz interna que vai contando coisas a mim,
e depois aos outros.*

Ondjaki, escritor angolano

INTRODUÇÃO

Por que uma tese sobre parteiras, *buchudas* e *aperreios*?

Notas sobre um percurso de pesquisa

Essa tese trata da prática de parteiras no interior do estado do Pará no contexto globalizado de 2006 – o que envolve a análise da interação de elementos tão diversos quanto as relações de parentesco, a atuação do sistema de saúde nacional, e cursos de formação organizados por ONGs. Cheguei ao tema a partir de uma preocupação típica das ciências sociais da saúde – querendo entender a influência dos cursos de formação numa comunidade “local”. Mas logo percebi o perigo da minha análise ser cooptada pelo enfoque biomédico – um que se nortearia (pelo menos implicitamente) pela pergunta: como podemos corrigir a prática dessas parteiras tradicionais, trazendo elas para a modernidade e assim garantindo os benefícios da medicina moderna? Querendo aproveitar plenamente a abordagem antropológica, minha proposta era outra – entender a “visão nativa”, integrando a prática de parteiras dentro da análise do modo de vida “local”. Optei, portanto, por centrar a discussão na etnografia pormenorizada da vida cotidiana (práticas e conhecimentos) das parteiras, sem no entanto cair no erro de monografias antigas, isto é, sem me limitar a uma “história natural” do grupo, como se fosse exótico e isolado. Assim, apesar de tratar de muitos dos mesmos “problemas” abordados por pesquisadores com ênfase na área de saúde – espero que os resultados da pesquisa reflitam essa caminhada que vai da indagação inicial (dominada pelas ciências da saúde) para as constatações finais (informadas pelo olhar etnográfico). A originalidade desse trabalho seria justamente no esforço de ir além das dicotomias usuais (tradição/modernidade etc.), além da preocupação funcionalista (como modificar as práticas locais), para ressaltar a dimensão social (redes familiares etc.) e simbólica (saberes locais, hierarquias de prestígio) que englobam os elementos que vêm “de fora”, conferindo um sentido à prática **atual** das parteiras.

I Inspirações iniciais

Foi em 2000 que eu primeiro notei nos jornais uma notícia que, até então, não havia sido expressiva ou, mais possivelmente, para a qual eu não havia atentado. O Correio Braziliense reportava sobre o II Encontro das Parteiras, Benzedeiros e Raizeiros do Cerrado

que aconteceria em Goiânia, GO. Então, quer dizer, percebi que esse tipo de trabalho era “ainda” realizado no país; este era, pelo menos, o segundo ano consecutivo em que essas mulheres vinham se conhecendo, encontrando e articulando suas reivindicações; e, por mais que atuassem em prol da “saúde” de seus pacientes e comunidades, este encontro era apadrinhado pelo movimento ambientalista do Cerrado. Cerca de 150 mulheres de cidadelas do interior de Goiás, Mato Grosso, Tocantins, Minas Gerais se reuniram para discutir problemas como, por exemplo, o desmatamento progressivo de suas florestas, a desterritorialização de seus sítios, roças e casas, o assoreamento e envenenamento dos riachos que lhes abasteciam as famílias e as receitas de cura. Duas inquietações me envolveram. Por um lado, seria a presença de tantas parteiras um sinal de “atraso” no sistema de saúde brasileiro? Por outro, a devida atenção a esse “problema” estaria sendo dada já que estas atividades de intervenção estavam mais relacionadas aos militantes do meio ambiente e não aos profissionais de saúde?

Essas inquietações me acompanharam até que, em 2003, já no doutorado, tive a chance de atentar com mais cuidado para essas mulheres. Aos poucos, fui deixando de pensar sua atuação como “atraso” e também cheguei a me dar conta de que suas atividades só faziam plenamente sentido quando inseridas na ecologia – física e humana – local. Mas para compreendermos como este processo de relativização se deu, é preciso conhecer como fui transformada pelo percurso desta pesquisa.

II Atores e agendas que falam sobre parteiras: Feministas, ONGs e simpatizantes

Comecei com uma busca na internet, queria saber o que primeiro apareceria a respeito de “parteiras”. Surpreendentemente, descobri que havia uma incrível variedade de atores e agendas gravitando ao seu redor, como uma miríade de intenções e atividades. À medida que fui definindo meu interesse de pesquisa e trilhando os primeiros passos no campo, esse leque de pessoas, instituições e projetos foram se delineando melhor. E nessa seção procuro rememorar tal leque. Nos primeiros sítios virtuais, quem surgiu não foram “elas”, as parteiras, mas “outras” falando delas e por elas. Eram depoimentos de mulheres das classes médias urbanas, muitas vezes feministas, que denunciavam abusos médicos que haviam sofrido durante suas gestações e, mais especialmente, em seus subseqüentes partos hospitalares. Rechaçavam a interferência médica nas decisões sobre quando, onde e como parir. Muitas haviam se preparado para partos vaginais e, dentro dos centros cirúrgicos, foram submetidas à enemas, tricotomias e episiotomias ou, na pior das hipóteses, doses de ocitocina, anestésias

peridurais e cesarianas. Desejavam não só manter o controle sobre seus corpos, como preferiam procedimentos tidos como mais “naturais”, como supunham ser mais corriqueiro entre as parteiras “de antigamente”.

Surgiram também algumas organizações não governamentais e associações de mulheres que, além de concordarem que essa “medicalização do parto” era exagerada, rotineira e crescente, vinham desenvolvendo há alguns anos ações junto a algumas parteiras pelo interior do país. Estas ações tinham como objetivo, em linhas gerais, conhecer e valorizar o trabalho destas mulheres a ponto de (se o treinamento adequado lhes fosse oferecido) poderem ser consideradas como mão-de-obra formal no Sistema Único de Saúde.

Encontrei também discursos biomédicos que denunciavam as lacunas na saúde no Brasil e em outros países do Sul Econômico, especialmente relativas às mulheres e suas crianças. Apoiados em índices sobre mortalidade materna e neonatal (geralmente anunciadas por grandes agências internacionais como a ONU, a OPAS e a UNICEF), tentavam encontrar razões e soluções para tal quadro. Alguns admitiam a possibilidade de que a hospitalização poderia contribuir para as centenas de óbitos femininos por ano, mas o grande consenso era de que a “falta” deste mesmo aparato tecnológico provocava mortes nas regiões rurais, fluviais e “remotas” destes países pobres. Eis que se lembravam das parteiras, responsabilizadas em parte por estes números de mortalidade ao oferecer um serviço tido como “discutível”. Alas conservadoras preferiam sugerir a proibição absoluta da atuação destas mulheres. Alas mais progressistas tendiam a concordar com as ONGs e sugerir que, enquanto os hospitais não fossem plenamente democratizados, era necessário treinar e contar com as parteiras.

Fui me sensibilizando. Indignava-me saber dos abusos cometidos contra as mulheres nos hospitais, seduziam-me as propostas de “incorporar” a contribuição e a sabedoria das parteiras e outros “terapeutas populares”, preocupava-me saber que por ano no Brasil morrem em média 72 mulheres a cada 100.000 bebês nascidos vivos, quadro que só fica atrás da Bolívia, Guatemala e Haiti no continente (DATASUS, 2003). Este conjunto de fatores me motivou a conhecer mais de perto as iniciativas das ONGs. Quer dizer, eu acreditava, àquela época, que conhecer os cursos de treinamento seria uma oportunidade estratégica para conhecer as parteiras, a sociedade civil organizada, a responsabilidade governamental e o apoio financeiro internacional. Era uma confluência complexa de forças que atualmente convergem para estas atendedoras populares. Nesta época, estava clara certa ânsia de minha parte em contribuir para um reconhecimento efetivo destas personagens e o incremento, assim, de seu trabalho bem como da saúde das mulheres atendidas.

Em especial, encontrei na internet duas ONGs com propósitos e públicos bastante semelhantes, uma no Brasil, outra na Guatemala, países com infelizes recordes de óbitos maternos nas Américas. Como eu não conhecia parteiras, supus que seria mais “palatável” (para mim e para elas) que eu começasse por brechas mais próximas, isto é, as mulheres de classe média urbana e escolarizada que estão à frente de tais organizações. Escrevi apresentando os objetivos da pesquisa e por um período fui aceita como “voluntária” em ambas as entidades.¹

Foram três meses observando cursos, reuniões e partos promovidos pela ONG La Matriz², sediada até 2004 em Antigua, ex-capital da Guatemala. Depois, outros três meses conhecendo a rotina administrativa, a articulação técnico-política e os cursos realizados pela ONG Partejar, sediada na cidade de Recife, PE. Acompanhando as aulas ministradas pelas instrutoras, geralmente enfermeiras, de ambas as entidades, viajei por vilarejos como Quetzaltenango, Huehuetenango, Santa Ana de Huista no primeiro país, e também Teófilo Otoni (MG), Santarém (PA), Maracaípe (PE), aqui no Brasil.

Estas ONGs acreditavam que a saúde das mulheres deveria ser considerada com mais seriedade e com menos violência institucional, racial e de gênero. Eram abertamente filiadas a um ecofeminismo e aos preceitos que vêm sendo reunidos, mais recentemente, no Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento (Cf. Tornquist, 2004). Não pretendiam apenas visibilizar o trabalho das parteiras, mas também revelar como era necessário “resgatar” suas formas de parir menos medicalizadas. (Pareciam tomá-las como menos influenciadas pelo paradigma biomédico, como se seu “isolamento” nos bastiões rurais e nas florestas da Amazônia tivesse evitado ou, ao menos, desacelerado a influência negativa da medicalização). O foco nas parteiras parecia ter pretensão muito mais ampla, como a sensibilização da opinião pública, da classe média e médica e dos formuladores de políticas de saúde. Se, por um lado, estas entidades elaboravam e desenvolviam projetos para ensinar as parteiras a como lavar as mãos, cicatrizar um coto umbilical ou providenciar transporte até a unidade hospitalar mais próxima, por outro, traziam desta convivência exemplos de práticas atribuídas às parteiras (como deixar a parturiente escolher a posição mais confortável para ter seu filho, incentivar a participação ativa de seu marido durante este evento, respeitar o tempo necessário para que a dilatação aconteça “naturalmente”) na expectativa de modificar rotinas bastante cristalizadas nos centros urbanos e nas escolas médicas (ver Fleischer, 2005). E estas

¹ As des/venturas dessas duas experiências foram mais extensamente discutidas em Fleischer, 2006.

² Nomes de entidades, parteiras e demais personagens desta tese aparecerão sob pseudônimos, o que não acontecerá com figuras públicas, do governo e da mídia, por exemplo.

militantes e simpatizantes pareciam tomar as parteiras a partir de duas formas. Primeiro, tomavam-nas como expoentes de um partejar muito mais próximo da “natureza”, tanto em relação à fisiologia do corpo feminino, quanto das plantas, chás, ervas que podem servir durante um parto. Segundo, supunham que estas mulheres se orientavam por um partejar que tem se mantido desta forma há muito tempo ou, como muitos me repetiriam no decorrer da pesquisa, “milênar”. Eu viria, contudo, a aprender que nem sempre estas práticas “milênares” são realizadas pelas parteiras **atualmente**, nem sempre estas últimas sustentavam a idéia de “autenticidade”, “respeito às mulheres” e “natureza” esperada pelas ongueiras da humanização (Esse ponto será melhor discutido no Capítulo 5 desta tese. Ver também o quinto capítulo de Tornquist, 2004).

No Brasil, as ações da ONG Partejar acumularam respaldo suficiente para influenciar a elaboração de políticas públicas voltadas para o parto domiciliar. Há alguns anos, o Ministério da Saúde tem sido permeado por influências destas “ações de base” e pelas diretrizes internacionais pronunciadas pelas agências de saúde internacionais. Nesse espírito, lançou por exemplo a cartilha “Diretrizes para a atuação da parteira tradicional” em 1985 (com revisões posteriores em 1991 e 1994), o “Manual da parteira leiga”, tradução do documento da OMS, FNUAP e UNICEF, em 1992, e o livreto “Assistência ao parto normal”, também dos escritórios da OMS, em 1996. Estas publicações tinham como objetivo informar as regionais de saúde sobre como considerar o trabalho das parteiras, sobretudo como aliança para dirimir a mortalidade materna e neonatal. Mas considero que tenha sido a visibilidade da militância feminista que motivou o Ministério a passar de manuais pontuais para uma estrutura mais formalizada. Foi assim que, em 1991, foi criado o Programa Nacional de Parteiras Tradicionais (PNPT) com alguma linha de recursos, sobretudo para eventos, treinamentos, distribuição de bolsas de material e publicações. “Trabalhando com parteiras tradicionais” e “Livro da Parteira”, produzidos em 2000 em estreita parceria com o Partejar, são hoje em dia os materiais didáticos oficiais para os cursos de treinamento.

Ainda em termos governamentais, no nível estadual, também encontramos iniciativas organizadas como o Programa Estadual das Parteiras Tradicionais no Amapá, encabeçado por Janete Capiberibe, primeira dama em 1995, que manteve a relação com as parteiras e a saúde materno-infantil como seu principal mote político. Tornou-se deputada estadual e é autora do Projeto de Lei n. 2354, de 2003, atualmente sob análise parlamentar.³ Capiberibe conseguiu

³ Este projeto de lei prevê que “o exercício da profissão de parteira tradicional dar-se-á no âmbito do Sistema Único de Saúde (...), mediante vínculo direto ou indireto”. Isto implica que o SUS deverá muni-las com “todo o equipamento e material de consumo necessários à adequada prestação dos serviços” e o pagamento de um salário

atrair alianças das parteiras amapaenses, do movimento social feminista (do Instituto Partejar, inclusive), do PNPT, do escritório brasileiro da UNICEF, mas também se indispôs com a bancada médica no Congresso Nacional e o projeto de lei continua sendo tido como polêmico, avançando só morosamente.

Nessa primeira inserção no campo, esbarrei também com indivíduos levando adiante projetos pessoais cujo foco eram as parteiras. Bastante sintonizados com as preocupações que descrevi até aqui, conheci Bia Fioretti, uma fotógrafa paulistana que participava dos eventos para clicar bustos coloridos e enobrecidos das parteiras. Ela vem publicando sua coleção de fotos em um sítio virtual⁴ e, nas datas comemorativas (como o 5 de maio, Dia Internacional da Parteira, por exemplo) ou em momentos de efervescência política (como as discussões do PL mencionado acima), ela encabeça a lista de entrevistáveis na mídia. Recentemente, o jornalista carioca Eduardo Mocarzel lançou o filme “Mensageiras da luz – Parteiras da Amazônia” sobre as parteiras do Amapá e Giuseppe Bizzarri, fotógrafo italiano, realizou uma exposição no SESC/Pompéia em São Paulo com enormes fotos destas mulheres, tiradas em sua viagem pela Amazônia. Todas estas iniciativas, a meu ver, parecem compartilhar o objetivo de “esclarecer” a metade sul do país sobre sua contraparte do norte, sobretudo valores que consideram encontrar entre elas como “tradição”, “altruísmo”, “coragem”. Buscam registrar uma outra forma de parir e cuidar da saúde, ao mesmo tempo que denunciam a negligência estatal para com esta porção da população. Havia, no entanto, certa ambigüidade nessas intervenções, como se as palavras e gestos servindo a enobrecer as parteiras e resgatar sua humanidade, servissem também para sublinhar sua “primitividade”.⁵ O desconforto diante desse paradoxo me deu mais vontade ainda de conhecer as próprias parteiras.

III Ainda outro aspecto neste cenário: A idéia de saúde reprodutiva

Um outro grupo de atores e agendas que circunscrevem, de forma significativa, a problemática das parteiras e, sobretudo, do parto domiciliar é a contribuição feminista, de

mínimo. Para ser contemplada com esses direitos, a parteira deve a) “residir na área da comunidade em que atuar; b) haver concluído, com aproveitamento, curso de qualificação básica para a formação de parteira tradicional (...); c) apresentar atestado da associação da categoria a que esteja filiada, ou, na ausência desta, declaração de duas parteiras idôneas, comprovando o exercício da profissão”.

⁴ Ver <http://www.maesdapatria.com.br/>

⁵ Só para ilustrar como esse *état de choses* está muito mais presente do que eu imaginava, lembro de um trecho da entrevista de Evaldo Mocarzel, à época do lançamento de seu filme: “As parteiras, essas exuberantes **figuras medievais**, são genuínas voluntárias da fé, do amor ao próximo e da solidariedade, conscientes do papel que precisam desempenhar em regiões tão carentes de tudo” (2004: 18-19, ênfase minha).

ONGs e pesquisadoras. Claro, já mencionei, na seção anterior, algumas destas ONGs, mas aqui desejo atentar especificamente para a discussão de um **conceito** relevante para minha pesquisa. Nas últimas décadas, o conceito de “saúde reprodutiva” vem sendo cunhado para pensarmos sobre as questões que estão envolvidas na reprodução feminina além do aparato de diagnósticos e medicamentos. Julgo ser importante aconchegar esse conceito historicamente para, só então, entendermos como serviu de importante companheiro neste percurso pela realidade reprodutiva do Brasil e, em particular, da cidade de Melgaço, no estado do Pará.

Mesmo sendo possível localizar, por exemplo, já a partir do século XVIII na França, várias das primeiras demandas das mulheres por oportunidades idênticas às conferidas aos homens, principalmente no âmbito do trabalho e no voto (Scavone, 2004: 25), foi a movimentação intensa da década de 1960 que inspirou os primeiros passos do conceito de “saúde reprodutiva” para que, já na década de 1980, operasse com maior fôlego (Correa, 2002: 359). Em razão da resistência à ditadura militar nas Américas, muitas mulheres e homens exilaram-se nos Estados Unidos e nos países da Europa. Foi então que estiveram expostos aos ventos libertários de feministas, anti-racistas, ecologistas (Pitanguy, 1999: 21). O famoso livro de Simone de Beauvoir, “O segundo sexo” (1949), e suas leituras mais recentes foram centrais nesta atmosfera reflexiva. E de volta aos seus países de origem, encontraram os primeiros ensaios de abertura política. Muitas destas mulheres se engajaram na reinstauração da democracia, mas “os temas da reprodução e da sexualidade **não** inauguraram a primeira pauta do feminismo contemporâneo brasileiro. A conjuntura política do regime militar, a aliança com a igreja e com os partidos de esquerda eram fundamentais contra o arbítrio e (...) o debate sobre o aborto e a sexualidade que coloca o corpo como tema da política, se instalam [somente] nos anos 80” (Ávila, 1993: 383-384, ênfase minha). Foi somente aos poucos que se pluralizaram as pautas reivindicatórias:

Estas novas formas de organização política cresceram, se afirmaram fora dos marcos tradicionais dos partidos ou dos sindicatos e trouxeram para o debate político temas referentes a saúde e direitos reprodutivos, que, até então, não eram considerados ‘próprios’ desse espaço. (...) O slogan *Democracia en la plaza y en la casa*, das feministas chilenas, exemplifica bem esta proposta de requalificação do conceito de democracia. (Pitanguy, 1999: 21, ênfase da autora)

En la plaza, passaram a discutir o acesso amplo e irrestrito à educação, ao trabalho e, principalmente, à saúde (Meyer, 2004: 88). Neste último caso, isto significou exigir que não só uma ou outra mulher estivesse informada e saudável, mas que uma **saúde pública** se institucionalizasse na forma de políticas, programas, ações concretas. “Configura-se, portanto,

quando se fala em direitos da reprodução, a interdependência entre sexualidade, saúde e políticas públicas” (Ribeiro, 1993: 401).

No Brasil, assistimos, ainda na década de 1980, às primeiras experiências desta politização das questões antes tidas como “privadas” com os contundentes exemplos do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1983, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher em 1985, a Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana em 1987, os diversos conselhos municipais e estaduais da mulher e as delegacias especializadas de atendimento às mulheres. A presença reivindicatória das feministas em vários eventos como o Congresso Constituinte em 1985, a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher, em 1987 e várias parcerias com o Ministério do Trabalho, da Previdência, da Saúde, da Reforma Agrária muito influenciaram a presença das questões de “saúde reprodutiva” na Constituição de 1988 e no nascente Sistema Único de Saúde (Pitanguy, 1999: 29-31; Meyer, 2004: 89). No embalo da redemocratização, Berquó lembra que foram instaladas Comissões Parlamentares de Inquérito “para apurar denúncias na área dos Direitos Reprodutivos, em especial sobre a esterilização feminina” (1993: 367). E vários projetos de lei passaram a tramitar no Congresso Nacional sobre o aborto, esterilização, testes de gravidez, planejamento familiar, pré-natal e tecnologias reprodutivas (*ibid*: 367-368). O tom experiencial e denunciatório deste conceito encontrou eco na produção acadêmica e na mídia e grupos de estudo, projetos de pesquisa e publicações começaram a se debruçar sobre a realidade reprodutiva nacional.

Contudo, estas primeiras iniciativas, muito informadas ainda pelas décadas anteriores, tinham como foco a saúde “materno-infantil”, que se “restringia ao ciclo gravídico-puerperal – o atendimento ao pré-natal, parto e puerpério, preconizado pelo Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), inspirado nas recomendações da OPAS, pautado pela estratégia de intervenção priorizada a grupos de risco ou situações de vulnerabilidade” (Costa, 1999: 320). É bom lembrar que, condicionados por grandes agências internacionais como o Banco Mundial, o FMI, a ONU, o Brasil e outros países do Sul Econômico passaram por algum tempo a atrelar “desenvolvimento” a “controle de natalidade”, como se o primeiro termo só pudesse ser atingido plenamente se o segundo se efetivasse, numa clara reedição dos princípios malthusianos do século XIX (Berquó, 1993). Primeiro como estratégia governamental e, depois, como iniciativa de entidades privadas como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC) a “saúde da mulher” foi atrelada à contracepção e, mais especificamente, à esterilização (Costa, 1999).

Esse é um dado que contribui significativamente para que se incentivasse a hospitalização do parto já que, depois de uma cirurgia cesariana, realizava-se imediatamente a laqueadura tubária.⁶ Assim, equivaler o hospital e sua equipe à idéia de “segurança” e o espaço domiciliar e suas atendentes ao “risco” foi estratégia fundamental nesse cenário. Ao final do século XX, chegamos a índices assustadores: 40,1% das mulheres casadas, usando contracepção, estavam esterilizadas e 36,4% dos partos hospitalares aconteceram como cesarianas (Bemfam *et al*, 1997, *apud* Scavone, 2004: 44. Ver também Berquó, 1993). Para efeito comparativo, na França, entre os anos de 1982-1985, apenas 8% das mulheres recorriam à esterilização, geralmente como estratégia terapêutica e não anticonceptiva (Ferrand, 1994: 81). Quanto à cesariana, a OMS sugere que sua incidência não ultrapasse os 15%. O Brasil e o Chile têm sido os países recordes desta cirurgia. “Cada cesariana desnecessária significa para a mulher um risco 20 vezes maior de complicações, como infecção ou hemorragia, em relação ao parto normal. A taxa de mortalidade materna, por sua vez, chega a se multiplicar por 12. Para a criança, também há riscos extras, especialmente por causa de problemas respiratórios” (Lopez, 1999). E, além do risco de complicações, a cesariana passou a fator de barganha no “acesso” ao leito hospitalar: “Para a mulher, a ‘opção’ pela cesárea agendada pode funcionar não apenas como estratégia para garantir a internação, mas também como único recurso para assegurar a ‘continuidade do cuidado’ (ser atendida por um profissional conhecido – de preferência o que fez o acompanhamento do pré-natal) e em um serviço de sua escolha” (REHUNA, 2002).

As forças controlistas, lideradas por médicos, políticos, bancos internacionais, ecologistas e empresas de contraceptivos, debatiam-se com forças natalistas, inspiradas pela Igreja Católica e pelos resquícios nazistas do Estado Novo (Ávila, 1993: 388). Assim, dentro do Brasil, políticas e alinhamentos opostos tentavam definir os fins a que os úteros brasileiros deveriam se destinar. E, sobretudo, os programas de controle de natalidade “não propiciaram uma melhora da infra-estrutura dos serviços de saúde (...) e não resolveram nenhum dos problemas básicos – pobreza, meio ambiente e aglomeração urbana – a que se diziam estar destinados” (Corral, 1993: 396). É nesse cenário acirrado que as feministas brasileiras e internacionais alinhavam-se para suplantam dicotomias e violências contra os corpos femininos: “Os Direitos Reprodutivos trazem, portanto, uma contribuição fundamental para quebrar a perspectiva dualista e simplificada de que o controle é o lado mau e o natalismo é o

⁶ É somente de 1996 a lei da laqueadura (Lei 9.263, de 12/01/96) que estipula que a mulher tenha 25 anos de idade e dois filhos ao menos para se submeter à esta cirurgia, embora, como bem mostrou Berquó, já no Código Brasileiro de Ética Médica, de 1988, estava previsto que “a esterilização só pode ser praticada em casos excepcionais de problemas sérios de saúde da mulher” (1993: 373-374).

lado bom, ou vice-versa. Em ambas as posições podem ser encontradas propostas perversas que atentam contra a cidadania” (Ávila, 1993: 390).

Assim, questionar essa correlação obrigatória entre saúde e corpo biológico

envolve a luta pela ressignificação de eventos/termos cujos sentidos mais ‘tradicionais’ estão profundamente arraigados e ‘naturalizados’ em nosso contexto sociocultural, como por exemplo: (...) entender que o parto e a contracepção não são eventos estritamente biomédicos, mas político-culturais; dar-se conta de que a mortalidade materna é muito mais do que um problema epidemiológico, uma vez que ela é o resultado de relações de poder implicadas com condições desiguais de vida, de acesso a informações, bens e serviços, bem como a formas diferenciadas de inserção e tratamento no interior dos serviços. (Meyer, 2004: 93).

Seja na concepção, seja no puerpério, como Meyer ilustrou acima, por exemplo, havia todo um pleito por desbiologizar, desessencializar e, claro, desmedicalizar, eventos como parto, morte, saúde, atendimento terapêutico (Vieira, 1999; Scavone, 2004: 88-99). Rompia-se com o determinismo biológico sobre as desigualdades entre os sexos e sobre a saúde (Martin, 2006; Scavone, 30).

Portanto, criticava-se principalmente o paradigma neomalthusiano de população, a centralidade das explicações biológicas, a medicalização excessiva da saúde, ao passo que se demandava a autonomia corporal das mulheres, sobretudo “no princípio da livre escolha da maternidade, ou seja, contracepção e aborto livres e gratuitos” (Scavone, 2004: 49). Ao se publicizar e politizar questões que, por muito tempo, foram mantidas no âmbito doméstico, “a saúde reprodutiva deixa de ser um problema biomédico para ser abordada como uma questão social e política, e é nessa dimensão que o conceito se conecta, de forma indissociável, com o conceito de direitos reprodutivos” (Meyer, 2004: 92). Por isso, falar de “saúde reprodutiva” é, para muitas autoras, promover a “cidadania reprodutiva”.

Contudo, ampliar a discussão de “saúde” para “direitos” só aconteceu, de fato, como consenso internacional, nos eventos de escala planetária promovidos pela ONU e que congregaram milhares de mulheres, militantes, governos e agências multilaterais. Esta participação coordenada em fóruns, redes, parcerias coincide com a profissionalização e internacionalização dos movimentos de mulheres e as organizações não governamentais, cada vez mais numerosas, nos anos 1990 (Pitanguy, 1999: 25) e é justamente neste cenário que encontramos o Instituto Partejar de Recife, por exemplo. Assim, “nas Conferências de Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio, 92), Direitos Humanos (Viena, 93), População e Desenvolvimento (Cairo, 94), e nas reuniões da Cúpula Social, (Copenhague, 95) e do Habitat (Istambul, 96), as mulheres foram protagonistas no processo de alargamento da definição

tradicional de direitos humanos enunciado nas declarações e planos de ação resultantes desses encontros” (*ibid*: 33).⁷

Embora o conceito de saúde e direitos reprodutivos certamente nortearam os caminhos do tema e das intenções políticas desta tese, é preciso reconhecer os limites do mesmo. Correa nota que “saúde reprodutiva” tem se tornado um grande guarda-chuva para termos como “saúde sexual”, “direitos reprodutivos”, “direitos sexuais”: “Estas definições têm sido aplicadas como se fossem intercambiáveis [... ou] meras reinterpretações semânticas, ou adequações, das ações convencionais do materno-infantil ou de planificação familiar” (Correa, 1999: 43).

Adotar o conceito na esfera governamental, nos documentos que orientam intervenções, nos eventos internacionais representados pelo Brasil, nas publicações acadêmicas sobre a realidade reprodutiva parece estar longe de ser o suficiente. A tendência biologizante permanece ainda com muita autoridade, como lembra Meyer: “A redução das noções de mulher à noção de mãe e de *saúde da mulher* à dimensão de saúde do *aparelho reprodutor feminino*, é um processo ainda bastante ativo nesses programas” (2004: 90, ênfases da autora).

No conceito, ficaram impressas também as desigualdades geopolíticas do planeta, bem como sua associação com preceitos anti-natalistas, como explicou Scavone (2004: 51-52):

O conceito de saúde reprodutiva pós-Cairo buscou contemplar e, em certa medida, normatizar a saúde reprodutiva das mulheres dos países do sul e das mulheres pobres do planeta. (...) Consideradas as desigualdades entre os países do norte e os países do sul, essa concepção de saúde reprodutiva fica mais garantida para os primeiros países, onde muitas conquistas já estão asseguradas, notadamente no que se refere aos direitos básicos de informação, ao amplo acesso aos serviços de saúde, ao maior controle dos efeitos secundários das técnicas contraceptivas, mediante acompanhamento médico obrigatório e ao livre acesso ao aborto.

Embora os acordos necessários para definir o conceito tenham sido decisivos tanto para alavancar o movimento feminista internacional quanto para trazer à mesa de discussão uma idéia mais democrática e abrangente de “saúde pública” e de “saúde feminina” que, de fato, promoveram enormes avanços em termos epidemiológicos, o conceito corre o risco dos

⁷ Há outros dois importantes encontros, ainda na década de 1980, que semearam os primeiros passos da institucionalização do conceito. Correa disse que a “primeira instância [do conceito] foi um consenso político de um encontro feminista internacional, relativamente marginal aos debates institucionais do período – International Women’s Health Meeting, Amsterdã, 1994. Nessa ocasião, se produziu um pacto, ainda que provisório, entre feministas do norte e do sul, de que essa era uma terminologia adequada aos fins políticos do movimento” (Correa, 1999: 41). E Ávila lembrou que na Conferência das Nações Unidas da Década da Mulher em Nairóbi, em 1985, “a promoção dos direitos da reprodução ‘como uma aquisição fundamental das mulheres para uma justa posição na sociedade’ tornou-se um objetivo universal das ativistas feministas” (1993: 383).

efeitos de sua institucionalização (Scavone, 2004: 52-53). Como mostrou Meyer, “mesmo que falemos em um conjunto de *direitos reprodutivos universais*, acabamos por deparar-nos com uma enorme diversidade de entendimento, implementação e nível de acesso a esses direitos, nas diferentes sociedades e, dentro de uma mesma sociedade, entre os diferentes grupos sociais” (2004: 96-97). Isto porque, segundo a autora, é preciso contemplar a idéia de “direito” intimamente ligada à do “exercício”. E por isso sugere que, mesmo adotando o conceito de “saúde reprodutiva” e “direito reprodutivo” não nos contentemos **apenas** com um destes “dois campos institucionais independentes” (*ibid*: 93), isto é, “saúde” **ou** “direito”.

Correa, Meyer e Scavone alertam para um processo de despolitização do conceito de “saúde reprodutiva”. É preciso manter a plataforma feminista que lhe fundamentou desde o princípio, isto é, “o questionamento das relações de gênero tanto no interior da família como na orientação das políticas de planejamento familiar em vigor” (Scavone, 2004: 55-56). O que se almeja é autonomia e liberdade para as mulheres em todas as esferas de suas vidas, não somente em termos corporais: “A formalização da idéia em termos de **direitos reprodutivos** é bastante recente e considero que pode ser entendida como uma redefinição do pensamento feminista sobre a liberdade reprodutiva” (Ávila, 1993: 382, ênfase da autora).

Vemos como o conceito, então, está em plena construção, recebendo marcas e propósitos de vários atores, várias agendas. As ambigüidades são inerentes e bem-vindas nesse processo para que não corramos o risco de cristalizar nossos olhares, embotar nossas análises. Por mais que o conceito me ajude a situar o foco e a problemática desta tese, as críticas que recebe também fazem os dados empíricos discutidos aqui parecerem menos contraditórios, menos descabidos. Quer dizer, a democratização incipiente da saúde reprodutiva e da “exigibilidade dos direitos reprodutivos” (Correa e Ávila, 2003, *apud* Meyer 2004: 97), a violência institucional e doméstica, as mortes maternas e neonatais que encontrei no Pará permanecem como desafios ao conceito, sem, contudo, nos fazer abandonar seu conteúdo utópico de uma sociedade mais justa.

IV Desvio de curso

a) A contribuição da academia: Pesquisadores da Enfermagem, História e Ciências Sociais

Durante este primeiro período de trabalho de campo, também aproveitei para procurar o que já havia sido produzido na academia sobre as parteiras. Encontrei artigos, dissertações e

teses das Ciências Sociais (Scavone, 1985; Beltrão, 1988; Pereira, 1993; Motta-Maués, 1993; Freitas, 1997; Mascelani, 2002; Correa e Leonel, 2002; Torquinst, 2004; Martini, 2005; Attuchi, 2006), mas também na Enfermagem (e.g. Bessa, 1997; Chamilco, 2001; Costa, 2002; Dias, 2002; Vieira, 2004) e na História (e.g. Del Priore, 1993; Barroso, 2001; Caixeta, 2003; Pinto, 2002 e 2001; Brandão, 1998; Jardim, 1998; Mott, 2002, 2001, 1999a, 1999b).

Notei que havia um intenso diálogo entre a produção da Enfermagem e a conformação ideológica dos cursos de treinamentos, das ONGs e das políticas públicas dirigidas às parteiras e algumas motivações políticas bastante específicas nestas pesquisas. Primeiro, influenciadas pelo Feminismo da primeira onda, conhecidamente marcado pelo pleito da igualdade, pretendiam “dar voz” a trabalhadoras “esquecidas”, “invisibilizadas”, “silenciadas”. Desejavam registrar os procedimentos obstétricos, as receitas, as histórias de vida de parteiras de várias regiões brasileiras tanto para adensar as fontes e definições de “memória” do país, quanto para evitar que esse legado não se perdesse caso elas fossem escanteadas definitivamente. Algumas das acadêmicas da História alinhavam-se a esta proposta por motivação semelhante, bem como a Antropologia aplicada clássica. Segundo, como expliquei acima, buscavam entre as parteiras os subsídios argumentativos para justificar a humanização dos hospitais. E, terceiro, especificamente no caso da Enfermagem, estes trabalhos se inspiravam nestas mulheres para valorizar seu próprio trabalho como uma forma “tipicamente feminina de resistência” à tecnologia e à autoridade hegemônica dos médicos. A Enfermagem, ao se aliar (e também ao se distinguir) das parteiras parecia, sobretudo, afirmar a especificidade de seu próprio espaço e atuação (inclusive como responsáveis pelos treinamentos das parteiras).

É bom lembrar que esse “caldo de cultura”, ilustrado aqui pelas ONGs, indivíduos simpatizantes e a produção acadêmica, se apurou lentamente, com claras influências vindas do feminismo internacional entre os anos 70 e 90 e de propostas universalizantes e democráticas de saúde pública. Minha sugestão, contudo, é que a literatura acadêmica muito se beneficiou da ação e das pesquisas vindas da Antropologia. Gostaria, a partir daqui, de discutir um pouco mais como tem sido a relação entre a Antropologia e as parteiras. De forma geral, sugiro que, sobretudo, os estudos etnográficos comparativos produzidos nas três últimas décadas foram muito importantes para que se atentasse à diversidade de “terapeutas populares” (ou, definidos como “tradicionais”), à eficácia simbólica e biomédica de suas práticas e, principalmente, à necessidade de considerá-los ao se desenhar as políticas de saúde. Por exemplo, Paul (1975), Cosminsky (1977a, 1977b, 1982, 1983a e 1983b),

Trevathan (1987), Kitzinger (1978) e Jordan ([1978]1993) se transformaram em literatura de cabeceira para quem desejava conhecer outras formas de parir e partear.

No caso do Brasil, em alguns dos eventos dos quais participei durante a pesquisa (sobretudo no início da pesquisa quando eu desejava ampliar meu olhar sobre essa miríade de atores e agendas que gravitam ao redor das parteiras), notei como era comum mencionar nomes de antropólogas nas conversas durante o cafezinho, durante as palestras proferidas ou como bibliografia dos artigos e pôsteres publicados. Parecia ser uma tentativa, por um lado, de garantir uma chancela acadêmica ao ideário do movimento de humanização do parto: A “legitimidade científica vem sendo buscada explicitamente por seus ideólogos, assinalando uma preocupação em sair do gueto do mundo ‘alternativo’, com o qual as experiências obstétricas eram identificadas nos anos 1970” (Torquinst, 2002: 487). Por outro, havia um intuito de testar minhas credenciais tanto na Antropologia quanto na simpatia por este movimento. Os exemplos a seguir revelam como a Antropologia e a antropóloga em campo vinham sendo absorvidas. Lembro que em 2003 durante um curso para doulas em Porto Alegre, RS (Fleischer, s/d), a primeira pergunta que me foi dirigida pelo médico que encabeçava as aulas foi se eu conhecia Robbie Davis-Floyd (1992), antropóloga que pesquisou o processo de formação de enfermeiras obstétricas nos EUA e que vinha, nos últimos anos, se tornando uma espécie de “madrinha” do movimento humanizador no Brasil. Já em 2004, no dia seguinte a um parto difícil em Melgaço, Amelie (uma fotógrafa franco-paulistana, que estava terminando de coletar imagens para um filme sobre as parteiras da região) disse que, em sua opinião, meu papel principal deveria ser descobrir o que as parteiras tinham feito para resolver aquele parto, principalmente em termos de “orações e simpatias”. Julgava que deveria seguir o que outras antropólogas haviam feito.

A princípio, o espelho que Amelie levantou me surpreendeu. Mas depois entendi que este espelho não estava tão distante do que tinha sido por muito tempo a tônica das etnografias sobre parteiras, parto, reprodução humana. Ao analisar as abordagens ao tema, Velimirovic e Velimirovic (1981) explicaram que, por muito tempo, a Antropologia pautou-se pelo que denominaram de *ethnomedical vogue*, termo que expressa o entusiasmo bastante romântico de muitos antropólogos, especialmente de linhagens feministas, das décadas de 70 e 80 com as parteiras. Motivados pela curiosidade por essas figuras “exóticas”, se concentraram em descrever pormenorizadamente os detalhes e contextos das práticas durante a gestação, o parto e o puerpério, inclusive seu lado ritual. Encontramos esta perspectiva, de uma forma ou outra, em Paul (1975), Cosminsky (1977b), Villatorro (1983, 1986, 1996,

1990), Hurtado (1984 e 2000), Acevedo e Hurtado (1997) e, no Brasil, Targino (1992), Beltrão (1988), Motta-Maués (1993) e Correa e Leonel (2002).

Estudos como esses não apenas inspiraram as ações contestatórias em prol das parteiras e da saúde das mulheres (por parte das feministas e ONGs), mas também influenciaram um outro grupo de atores desse quadro. A partir dos finais da década de 1970, agências internacionais como a ONU, a UNICEF, mas principalmente a OPAS e a OMS, que se outorgaram o papel de pronunciar o posicionamento biomédico a respeito das parteiras, promoveram uma série de eventos e documentos com a recomendação explícita de reconhecer e incluir, quando necessário e possível, as parteiras nos sistemas de saúde (OMS, 1979; 1986; 1993; 1996; 2002; Verderese e Turnbull, 1975; Pizurki e Mangay-Maglacas, 1981). Estas agências contrataram muitos antropólogos (e também sociólogos, economistas, sanitaristas) como consultores e encomendaram estudos descritivos e detalhados das práticas obstétricas não biomédicas por todo mundo a fim de subsidiar estes eventos e documentos e, mais importante, “traduzir” esta realidade para os planejadores da saúde. O trabalho de Brigitte Jordan (1989), que se tornou um marco na avaliação dos treinamentos para parteiras, resultou de seu contrato pelo Ministério da Saúde mexicano para acompanhar os cursos. “Eu defini minha tarefa como fazendo observação participante detalhada dos cursos para prover insumos à equipe sobre a adequabilidade cultural e biomédica do treinamento” (*ibid*: 926).⁸

Munidos de uma *perspectiva sociocultural*, outros antropólogos além de Jordan (e.g. Kelly, 1955; Mani, 1980; Greenberg, 1982; Scheepers, 1991; Castañeda-Camey *et al*, 1996; Stephens, 1992; Alto *et al*, 1991; Pillsbury, 1982 etc.) se debruçaram, então, sobre os treinamentos, a mais recorrente das ações dirigidas às parteiras por agências internacionais e nacionais. Estes cientistas sociais se inquietavam com os relatórios quantitativos das áreas da saúde que geralmente correlacionavam as estatísticas de mortalidade materna e neonatal à ação das parteiras. Estes relatórios tampouco consideravam o contexto social mais amplo deste atendimento, avaliavam esta mão-de-obra como “dispensável” e ficavam desanimados com a baixa adoção das medidas ensinadas nos cursos. Os antropólogos, por sua vez, repetidamente mostravam como a “chegada” da biomedicina, em muitos pontos do planeta, significou uma “violência cultural” contra o conhecimento e as práticas das atendentes populares e, se este contato intermédico assim prosseguisse, as parteiras tenderiam a desaparecer com o tempo. Funcionando como uma espécie de “amortecedor” desse contato,

⁸ As citações em inglês serão, daqui em diante, traduzidas por mim e seguidas do trecho no original, em nota de rodapé. “I self-defined my task as doing detailed participant observations of the courses and providing input to the staff regarding the cultural and biomedical appropriateness of the training” (*ibid*: 926).

muitos destes etnógrafos informavam sobre o “partejar alternativo” na esperança de que as políticas de saúde considerassem, ao menos, parte desse saber local, evitando assim a completa substituição do mesmo pelo saber biomédico.

Por outro lado, havia pesquisadores que, à moda das ciências aplicadas clássicas, encaravam as parteiras como vetores da modernidade. Kelly (1955), Hurtado (1984) e Cosminsky (1977b), por exemplo, classificavam as técnicas obstétricas etnografadas conforme a sugestão da OMS, isto é, entre *benéficas*, *neutras* (ou *inofensivas*), *ofensivas* e *desconhecidas*. Kelly resume, a meu ver, os efeitos práticos deste tipo de pesquisa: “A veces es posible anular ciertos elementos nocivos o desfavorables del complejo de la cultura local por medio de la acertada explotación de otros que son favorables o, al menos, inofensivos” (Kelly, 1955: 114). Esta perspectiva tomava, em primeiro lugar, a “modernização” como inevitável e, segundo, acreditava que identificando as parteiras como “lideranças comunitárias”, seria possível que servissem como “agentes de mudança” capazes de discernir se e como seriam incorporadas as “novidades” de higiene e obstetrícia vindas do mundo ocidental e “moderno”. Beeman e Bhattacharyya, avaliando os cursos de parteiras no Irã, notaram que os programas de saúde locais elegiam-nas como lideranças porque acreditavam que a “seleção de um agente num programa de desenvolvimento comunitário é semelhante à seleção de um canal afetivo de comunicação” (1978: 295).⁹

Esse considerável corpo de avaliações dos treinamentos que encontramos na produção antropológica das últimas décadas merece, contudo, alguns comentários críticos. Primeiro, certas polarizações vigoraram com persistência. “Tradição”-“modernidade”, “cultural”-“biológico” e “sociedade”-“biomedicina” foram tidos como pólos monolíticos, homogêneos e dificilmente articuláveis. Estudos mais recentes, como o de Faust (1989) por exemplo, ajudaram a suplantar uma decorrência destas polarizações, isto é, a preocupação de muitos antropólogos com a “extinção” das formas tradicionais. Ela tomou o encontro intermédico como dado e notou como, muito mais do que simples substituição, os usuários, quando defrontados com várias alternativas médicas, tendiam a sobrepor e combinar diferentes instrumentos, remédios, atores, cenários etc. Como Cosminsky (1977a) havia lembrado, o pluralismo terapêutico não parece ser um problema, mas sim uma ampliação de oportunidades. No Brasil, Tornquist (2004), Sacchi (2005), Pereira (1993) e Mendonça (2004) também ultrapassaram as dicotomias, incluindo matizes mais sutis na relação das parteiras

⁹ “Selection of an agent in a program of community development is akin to selection of an affective channel of communication” (*ibid.*: 295).

com outras esferas, como os cursos, as enfermeiras, as políticas de estado, os movimentos sociais.

Jeffery e Jeffery (1993) também comentaram sobre estas tendências dicotômicas para se estudar o partejar. Segundo o casal, a *perspectiva biomédica* “foca nos desastres – nas razões de mortalidade materna e neonatal e nas experiências dos médicos nos hospitais de Terceiro Mundo, geralmente desafiados com os efeitos de partos obstruídos não diagnosticados e longos adiamentos antes da hospitalização” (1993: 7).¹⁰ E pela *perspectiva sociocultural* “métodos não ocidentais de nascimento são examinados a fim de compará-los com o que é considerado como os efeitos nocivos do nascimento controlado tecnologicamente em cenários médicos formais. (...) [Esta perspectiva] busca evidência social e psicológica dos ambientes cooperativos ou as técnicas benéficas (massagem, posições durante o parto) que estão ausentes na prática ocidental padrão” (*ibid.*).¹¹ Estes autores sugerem que não estacionemos em nenhuma das duas pontas. Advogam por uma abordagem que poderia ser resumida como *sócio-econômica-simbólica* em que “estes eventos de parto são colocados num contexto mais amplo dos entendimentos simbólicos dominantes do processo de parto e dos papéis femininos no trabalho, suas relações de parentesco e seu acesso à propriedade, (...) condicionados por um amplo conjunto de considerações sociais, econômicas e simbólicas que lhes oferecem uma forma e um sentido particulares” (*ibid.*: 9).¹²

Minha segunda preocupação dizia respeito à pré-disposição otimista encontrada nessa literatura das avaliações de considerar, de forma universal, as parteiras como “agentes de mudança” (e.g. Mani, 1980; Greenberg, 1982; Alto *et al*, 1991 e outros). Sendo que outros autores já mostraram que, antes dos treinamentos, é preciso saber se as parteiras de fato reúnem respaldo local suficiente para introduzir novas práticas (Beeman e Bhattacharyya, 1978; Jeffery e Jeffery, 1993). Uma decorrência deste otimismo é se contentar em **apenas** descrever etnograficamente as práticas das parteiras para “comprovar” que o conhecimento local merece respeito. O casal Jeffery (1993) e Rozario (1998), na Índia e Bangladesh, respectivamente, onde as parteiras, chamadas de *dais*, são bastante desvalorizadas

¹⁰ “Focuses on the disasters – on rates of maternal and neonatal mortality and on the experiences of doctors in Third World hospitals often faced with the effects of undiagnosed obstructed labors and long delays before hospitalization” (Jeffery e Jeffery, 1993: 7).

¹¹ “Non-Western methods of childbirth are examined in order to compare them with what are taken to be the ill effects of technologically controlled childbirth in formal medical settings. (...) [It] looks for social and psychological evidence of supportive environments, or for beneficial techniques (massage, positions during delivery) which are absent from standard Western practice” (*ibid.*: 7).

¹² “These childbirth events are set in a wider context of the dominant symbolic understandings of the childbirth process and of women’s other work roles, their kin relationships, and their access to propriety, (...) conditioned by a wide set of social, economic, and symbolic considerations that give it particular shape and meaning” (*ibid.*: 9).

socialmente, sugerem ser impossível partir tanto das parteiras quanto dos treinamentos *per se*. Estes autores criticavam incisivamente duas idéias que se cristalizaram nos estudos sobre o parto: a) que os terapeutas tradicionais se destacariam como figuras altamente respeitadas na comunidade; e b) que as parteiras, por serem mulheres, teriam necessariamente um vínculo “especial” com as gestantes.

A maior parte das dais, então, são consideradas serviçais com baixo status, necessárias para remover impurezas, sem nenhuma técnica especial de partejar. (...) Essa idéia sugere que as mulheres recebem pouco apoio emocional ou social durante o trabalho de parto e o parto. Como estão em um estado de poluição, poucas mulheres irão lhes tocar. A companhia de mães e irmãs é expressamente excluída. Assim, parir gera pouca solidariedade entre as mulheres. (Jeffery e Jeffery, 1993: 24, 21)¹³

Junto a estes autores críticos, procurei evitar esses ardis. Assim, tentei deslocar, pouco a pouco, meu olhar de ambas as tendências da área, vendo a necessidade de conhecer outros atores envolvidos (gestantes, maridos, sogras, vizinhos, profissionais biomédicos, etc.) e contemplar o cenário mais amplo e político dos sistemas de saúde.

Por fim, acrescentaria uma terceira preocupação. Em alguns artigos (e.g. Greenberg, 1982), todos os problemas se devem à “insensibilidade” do Ministério da Saúde ou das autoridades sanitárias frente às práticas locais. Acredito que maniqueísmos tais como esse arrisquem, entre outras coisas, a subalternizar as parteiras ao apresentá-las como passivas no contexto de poder local, dos treinamentos e da saúde pública. É possível que alguns destes antropólogos tenham se colocado confortavelmente na posição de mediadores e representantes das parteiras, deixando pouco espaço para sua *agency* (Dirks *et al*, 1994). Assim, autores mais recentes têm contribuído para “explodir” a idéia de “parteira” *a priori*, idéia que só pode ser definida conforme as concepções locais muito mais amplas e intrincadas do que somente o trabalho obstétrico destas personagens.

Esta seção pretendeu revelar uma auto-crítica que vem sendo empreendida pela Antropologia que, além de atentar para se e como ela é uma disciplina que dialoga e influencia outras áreas, também deve estar pronta a revisar suas próprias bases de entendimento do parto, partejar e parteiras. O saldo deste debate aponta para a importância de

¹³ “Most dais, then, are regarded as low status menials, necessary for removing defilement, with no special delivery techniques. (...) This account suggests that women obtain little emotional or social support during labor and delivery. As they are in a polluting state, few other women will touch them. The company of mothers and sisters is expressly excluded. Childbearing thus generates little solidarity among women” (Jeffery e Jeffery, 1993: 24, 21).

não homogeneizar as parteiras e tampouco lhes destacar do contexto social. Só assim será possível aprofundar a compreensão das diversas questões que norteiam esta pesquisa.

b) Inquietudes que me levaram para fora do gabinete, à procura de um campo

Esta literatura que criticava como a Antropologia vinha tomando as parteiras e seus treinamentos ajudou a redirecionar meu olhar. Eu não mais me contentava em estar dentro dos escritórios das ONGs, nem em participar dos eventos e dos cursos de capacitação realizados pelas mesmas em parceria com instâncias governamentais. Estive, por exemplo, em setembro de 2004, no IV Encontro Nacional da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais, na cidadela de Oliveira dos Campinhos, BA. Ali estavam reunidas centenas de parteiras de dezenas de estados do país. Acompanhei parteiras do Pará até um encontro em Maracáipe, PE, onde um livro sobre saúde e direitos reprodutivos foi produzido (Melo e Viana, 2005). Estive em encontros feministas onde o parto domiciliar foi discutido como um direito das mulheres e suas famílias. Acompanhei reuniões de Comitês Municipais de Mortalidade Materna, onde se analisava o caminho percorrido pelas mulheres que haviam sucumbido durante seu ciclo gravídico. Visitei também a sede de algumas associações de parteiras. Contudo, o saldo final era o trânsito por uma miscelânea de atores e agendas que se propunham a pensar, por uma razão ou outra, sobre as parteiras. Mesmo tendo conversado com dezenas de parteiras, raramente constavam no meu diário de campo detalhes mais aprofundados sobre sua trajetória profissional, sua família, sua biografia. Quando eu as encontrava nestes cenários, um pouco distantes de suas realidades e dilemas, trocávamos impressões sobre os eventos, as organizadoras, o capital social que angariavam nessas viagens. Sentia que apenas tateava o verniz que elas caprichavam em exibir nessas aparições públicas que lhes eram oportunizadas pela classe média militante, pela mídia e por algumas instituições governamentais.

Um acontecimento também ajudou a precisar este meu incômodo e, conseqüentemente, a mudar o rumo da pesquisa. Depois de acompanhar um treinamento oferecido pela ONG Partejar na cidade mineira de Teófilo Otoni, perguntei à Maria Antonieta, uma das 15 parteiras participantes, se eu poderia passar alguns dias em sua casa, no distrito de Queixada, a cerca de 30 quilômetros dali. Seus olhos brilharam porque uma das “professoras” tinha aceitado conhecer “sua região”, convite que havia repetido durante todos os cinco dias do curso. Tomamos o ônibus e em três horas estávamos na rua para onde, mediante cuidadosa negociação com o prefeito e alguns vereadores, ela havia conseguido atrair a construção de cerca de 30 pequenas casas populares. Maria Antonieta me ofereceu a oportunidade de poder acompanhar em seu cotidiano de afazeres domésticos, visitas domiciliares, conversas com

vizinhos, resolução de conflitos na família e a preparação de um delicioso frango ao molho pardo.

Por mais que Maria Antonieta já tivesse feito partos e fosse identificada pela sua vizinhança como uma importante aliada nos momentos de emergências obstétricas, grande parte de seu tempo era dedicado à função de cabo eleitoral do prefeito (outrora vereador) que fora eleito justamente naqueles primeiros dias de outubro de 2004. Além disso, as outras parteiras da região eram encontradas de forma muito esparsa pelo interior do município e eu duvidava que ali seria um destino adequado à pesquisa de campo. Maria Antonieta, contudo, foi quem me ajudou a perceber que nos cursos eu teria apenas um contato telegráfico com estas mulheres e se queria conhecer seu mundo, eu deveria encontrar uma parteira com quem ficar. Inquietação semelhante de Tornquist, antropóloga que pesquisou parteiras na mesma região (2004), confirmou essa minha inclinação: era preciso deixar as grandes cidades, os eventos, documentos e políticas públicas por um momento, e dedicar-me a uma observação participante mais detida.

Depois de minha estada com Maria Antonieta, pedi à ONG Partejar que me sugerisse algumas alternativas onde eu poderia situar mais circunscritamente a pesquisa. Esta organização, há mais de uma década, vinha desenhando ações em três *loci* específicos, o interior de Pernambuco, reservas extrativistas no Acre e no arquipélago do Marajó, no Pará. Eu tinha esbarrado com freqüentes menções à cidade de Melgaço nos arquivos da instituição. E, ao descrever o tímido tamanho da cidade, a quantidade de parteiras aí reunidas, as atividades já realizadas no lugar (cursos, pesquisa, elaboração do “Livro da parteira”, em parceria com o Ministério da Saúde), as militantes do Partejar muito me estimularam a conhecer esta região marajoara. Elas igualmente se dispuseram a me apresentar à D. Dinorá Bernardes da Silva, principal parteira da cidade, segundo elas. D. Dina, como era conhecida, gentilmente aceitou me receber em sua casa.

Assim, comprei uma passagem até Belém, onde me muni de rede, mosquiteiro, repelentes, cadernos e pequenas lembranças para a família de minha futura anfitriã. Nos meses de novembro e dezembro de 2004 em que permaneci em Melgaço, D. Dina fez questão de me apresentar às outras 21 parteiras da cidade. Eu lhes acompanhei nas visitas às suas pacientes, nos partos que atenderam, em sua circulação pela prefeitura, cartório e hospitais da região. Nessa temporada de 2004, D. Dina e suas colegas me associaram às *meninas do Partejar* e rapidamente notaram que falar dos cursos era suficiente como mote de nossa convivência. Sob minha curiosidade e perguntas, sempre relembavam os encontros, brincadeiras e presentes recebidos durante os treinamentos. Nos primeiros partos que assisti,

estas mulheres paramentavam-se com todos os itens que podiam encontrar em suas bolsas de material. Eu notava como talvez fosse a primeira vez que desembalassem aqueles itens, tanto pelo estalar do material, quanto pela dificuldade em posicioná-los como elas acreditavam ser a maneira “certa”. D. Zica, por exemplo, num destes partos, me perguntou se ela tinha cumprido todas as etapas na montagem deste seu “figurino”. Depois, ao *puxar* a barriga da parturiente e notar a posição em que se encontrava o feto, me perguntou se eu também queria massagear a parturiente e “confirmar” (ou “corrigir”, se fosse o caso) o seu diagnóstico. Em ambas as situações, eu lhe expliquei não saber como proceder porque eu não tinha formação médica. Seu sorriso simpático sumiu repentinamente, demonstrando sua surpresa por eu não representar o que ela esperava, sobretudo ao me localizar entre as *meninas da ONG*, geralmente tidas como *doutoras e professoras*. Contudo, notei que aos poucos as minhas interlocutoras foram deixando de priorizar a organização do material e da roupa e de supervalorizarem meu olhar.

Então percebi que os cursos eram **mais uma** das informações consideradas na prática dessas parteiras e que era preciso me distanciar um pouco dessas referências para ter acesso às demais esferas de sua vida e trabalho. Eu havia notado outros temas que mereciam atenção, como os conflitos gerados pelo pagamento deste serviço, as negociações com os profissionais de saúde locais para o atendimento de mulheres com *complicações* gravídicas, as disputas entre as próprias parteiras por diferentes perfis de clientes e legitimidade. Como os autores que criticaram o olhar avaliador sobre os treinamentos (citados acima), as colegas de D. Dinorá me lembraram que era preciso conhecer também a participação destas mulheres em espaços e redes muito além das atividades obstétricas. Quando retornei pela segunda vez a Melgaço, no período de agosto a dezembro de 2005, julgo que meu olhar continuava a mudar e vale ressaltar quais foram alguns dos outros companheiros nessa inflexão de caminho. Primeiro, comentarei sobre alguns autores que lidam com a realidade social a partir de conceitos como a *prática* e o *popular*. Depois, passando a uma dimensão mais circunstancial e menos teórica, apresentarei um breve panorama da *saúde reprodutiva* paraense para, só então, comentar dos capítulos que compõem essa tese.

c) Continuando no rumo antropológico: Cultura e conhecimento através da prática

Além das avaliações de treinamentos e críticas a estas avaliações, a primeira literatura antropológica sobre parteiras com que tomei contato, escolhi pautar-me também por um outro

grupo de autores da área, preocupados com o que se poderia chamar de uma Antropologia da prática. Vejamos algumas de suas principais idéias, pelas quais também pretendo orientar essa pesquisa. Dirks, Eley e Ortner criticaram, assim como grande parte da Antropologia, um de seus conceitos centrais: “O conceito de cultura tem sido caracterizado pela relativa coerência e consistência interna” (1994: 3). Embora seja um conceito chave para a Antropologia, como o trio não pretendo sustentar a idéia de que exista uma *cultura* ou *sistema* do partejar em Melgaço num sentido homogêneo, completo, coerente e cristalizado no tempo. Nesta tese, aponto para algumas regularidades, algumas tendências do trabalho destas parteiras, mas também espero que fique claro como o mesmo está em constante *fabricação* (Ortner, 1999) e sob excitantes *processos* de mudança promovidos por elas e pelas forças e desafios com que se deparam a todo tempo. Embora a alteridade apareça claramente, ela não é reificada como **a** ou **uma** diferença. A alteridade vai mudando ao longo da tese, de acordo como, enquanto *estava lá*, eu me posicionava em campo e, já *aqui*, conforme o foco que colocava ao editar atores e cenários. Este processo foi possível porque minha concepção de alteridade parte de uma idéia dinâmica e heterogênea de *cultura*.

Manter a idéia de que haja uma *cultura específica do partejar* entre as parteiras pode parecer que elas se distinguem continuamente da *cultura biomédica de partejar*. Como se **só** se configurassem em uma suposta singularidade ao serem contrapostas a outra *cultura*. Como se “somente sob uma força imperiosa [no caso, a ortodoxia biomédica dominante] assum[isse] forma de um *sistema*” (Thompson, 1991: 17). O autor E. P. Thompson diz que usar o termo “cultura pode distrair nossa atenção das contradições sociais e culturais, das fraturas e oposições existentes dentro do conjunto” (*ibid*). Nesse sentido, Sherry Ortner nos alerta para não *dissolver os sujeitos*, isto é, tomá-los como “uma categoria monolítica de subalternos sobre os quais se presume que tenham uma identidade e uma consciência unitárias” (1995: 183). Isto é, as parteiras tampouco podem ser submetidas ao manto de uma harmonia romântica na qual inexistiria qualquer disputa entre elas por poder e autoridade (*ibid*). Não seguir os conselhos de Thompson e Ortner seria reconfirmar a tendência às dicotomias que estiveram presentes por tanto tempo nas etnografias sobre as parteiras, que já foram comentadas acima. Sim, elas trabalham com certas especificidades, mas também incorporam, não sem tensões, não sem diálogo, vários elementos de outros sistemas médicos (não só o biomédico). E, sim, como veremos ao longo desta tese, as parteiras discordam entre si sobre suas práticas, táticas, definições. Há “fraturas” e “oposições” internas que nos impedem de considerá-las um grupo coeso e coerente. Assim, por mais que eu tenha escolhido fechar meu foco sobre elas, isto não significa que, primeiro, formem um grupo isolado e auto-centrado e,

segundo, que existam como “avesso” da medicina “moderna”. Biológico e cultural, biomédico e tradicional, médicos/enfermeiros e parteiras são polaridades que não nos ajudam a avançar nessa empreitada.

Sustentar uma idéia não estanque da cultura é, sobretudo, valorizar as *práticas* (De Certeau, 1996). Aqui, vale a pena uma curta digressão para ilustrar como venho tentando adotar essa orientação. Para minha dissertação de mestrado, realizei entrevistas estruturadas e gravadas com 41 *housecleaners* brasileiras que trabalhavam na região metropolitana de Boston, no estado de Massachussets, nos EUA (Fleischer, 2002). Depois, a tese foi elaborada a partir de um cuidadoso *patchwork* analítico de trechos destes depoimentos. No doutorado, o gravador foi ficando cada vez mais de lado porque dificilmente eu encontrava um “momento ideal” para conversar sobre uma “pauta específica” com uma parteira em questão. Imersa no cotidiano da família de D. Dinorá, a vida acontecia continuamente. Percebi que eu precisava me permitir participar desse fluxo de vida, observando e colocando perguntas sempre que apropriado (embora, claro, só lentamente fui aprendendo o que consideravam como “apropriado”). Além disso, precisava estar atenta para o tipo de informação que me chegava, conforme o interlocutor e a posição que este me atribuía naquele momento. Quer dizer, por mais que minhas anotações diárias também envolvessem depoimentos literais, procurei exercitar na presente tese a valiosa lição de não descontextualizar esses discursos e, ao contrário, embrenhá-los na prática corporal, social, gramatical destes atores. Dando um passo a frente da experiência do mestrado, tentei não destacar a *prática* de seu uso concreto e situacional.

Além das práticas, isto é, do *uso*, do *fazer*, da *ação*, claro que os discursos também serão parte integrante deste estudo.¹⁴ A diferença é a intimidade que espero ter estabelecido entre o praticar (que é também uma forma de falar) e o falar (que também é uma prática). Ademais, não só procurei atentar e descrever estas duas realidades, um pouco abstratas, invisíveis ou evanescentes, mas também apresentar a atmosfera *pictórica*, *sensorial*, *concreta* em sua mais terrena materialidade física (Comaroff e Comaroff, 1992). Neste sentido, resolvi incluir também, ao longo da tese, algumas fotografias do campo, já que as palavras estão longe de conseguir descrever detalhes que só as imagens revelam.¹⁵ Numa metáfora teatral,

¹⁴ E, neste sentido, grafiei em itálico as palavras que, para mim, soaram particularmente locais e amazônicas e, ao final da tese, um Glossário foi anexado para reunir seus significados.

¹⁵ Inclusive, optei por iniciar os capítulos com uma imagem, tanto para introduzir o leitor na atmosfera com que pretendi cercar o argumento central de cada um destes capítulos, quanto para nos aproximar, no caso das imagens feitas pelas parteiras, da forma que eu imagino que elas estejam retratando “sua realidade”. Estes desenhos pretendem deixar que apareçam, além de seus depoimentos e das marcas que me imprimiram, em mais esta forma de edição.

houve a intenção de coordenar o que um ator disse ao estar realizando alguma ação em que objetos, bens, figurinos e cenários são considerados. Atrelar densidade biográfica, cenário e momento foi uma sugestão que procurei incorporar de forma mais intensa agora no doutorado e concentrar-me no personagem de D. Dinorá, me pareceu uma experiência didática oportuna para tanto.

Embora Melgaço fosse atendida por 22 parteiras à época da pesquisa, optei por centrar-me no personagem de D. Dinorá que, além de amável anfitriã, foi com quem estabeleci a relação que caracterizei como a mais densa, prolongada e dialógica. Ou, nas palavras dos hermenutas, com quem me aproximei um tantinho a mais da ideal *fusão de horizontes*. Como mostrarei no Capítulo 2, não pretendo apresentá-la como uma parteira paradigmática ou exemplar das outras *aparedeiras* de Melgaço, do Pará ou da Amazônia. Pretendo que D. Dinorá seja plena de *agency* (Dirks *et al*, 1994), apareça explicitamente como *sujeito* de sua história (Mintz, 1960), sem contudo resultar como uma *heroína* (Ortner, 1995; Comaroff e Comaroff, 1992) no sentido de saber tudo, de representar todas as demais parteiras ou de conseguir vencer individualmente as adversidades implicadas na realidade do parto domiciliar em regiões pobres. Por mais que desta tese possamos aventar hipóteses mais gerais acerca das relações de gênero e do sistema de saúde no Brasil interiorano, isto só é possível em alguma medida porque partimos do *particular*.

Escolhi falar do parto domiciliar na Amazônia também a partir do que Michel De Certeau e Julia (1989) têm chamado de *popular*, mas não num sentido necessariamente equivalente aos *pobres*, mas ao *povo*. Aqui, apresentarei um olhar sobre esta *cultura popular* em contraponto ao que vários autores têm denominado como uma *cultura institucional, oficial, ideal, normativa, disciplinar, da elite letrada* (e.g. Michel De Certeau, Michel Foucault, James Scott, Jean e John Comaroff). A idéia de *prática* nos permite, então, atentar para a *ação*, de certa forma imprevisível, sempre autoral e centrada no sujeito que a desenvolve. Esta **forma de agir**, às vezes discreta, às vezes pouco sistematizada, não é própria de camadas empobrecidas e tampouco está cristalizada num passado ou numa ilha isolada que devemos desvendar. É justamente este caráter não oficial que julgo estar presente na prática de D. Dinorá e demais *aparedeiras* (e daí, inclusive, considerar a idéia no título da tese). De Certeau nos alerta que a intencionalidade criativa e flexível do *popular* é encontrada também dentro do estado, da elite e de instituições como a saúde, a prefeitura etc. Essa ressalva faz sentido porque outros autores têm nos lembrado que esse foco no *small people* “tem ido longe demais ao retirar o Estado do quadro” (Dirks, Eley e Ortner, 1994: 5). Por

isso, se torna relevante perpassar estas parteiras por várias instituições, como os programas sociais, os cursos de treinamento, a mídia etc.

O *popular* é muito mais um **estilo de fazer** do que a caracterização de um grupo humano e é percebido entre atores, cenários, contextos. Scott (1985, 1990) colocaria a idéia de *popular* na performance *off-stage*, ao invés daquela *on-stage* que geralmente testemunhamos quando somos ainda apenas visitas ou em momentos solenes e que exigem *face* máximo, em termos goffmanianos. Scott explica, por exemplo, que a deferência e a passividade, que provavelmente notaremos entre os pobres nestes momentos, indicam uma prática *on-stage* bastante consciente e socializada. *Off-stage*, estes atores podem atrelar essas mesmas atitudes a valores bastante insuspeitados. O fato de minha entrada em Melgaço ter se dado através do Instituto Partejar (que por tantos anos já havia trabalhado na região e que se prontificou a me apresentar à D. Dinorá) talvez explique porque eu tenha demorado algum tempo para passar desse quadro *on-stage* para um mais próximo ao *off-stage*, onde estão, para Scott, os *hidden transcripts* (1990). Hoje compreendo que minha inserção se deu exatamente num dos pontos de hierarquia (tanto por conta dos cursos, quanto pelo fato de D. Dinorá ser uma das parteiras com maior status no grupo) e foi por esta perspectiva que comecei a conhecer essa realidade.

Aqui, tomarei D. Dinorá e alguns de seus familiares, vizinhos, colegas e pacientes como interlocutores dessa forma *popular* de resolver problemas relacionados à saúde feminina. E a etnografia, proveniente de um mergulho prolongado e diário com estas pessoas, será minha principal ferramenta neste sentido. A idéia é que da etnografia possam emergir algumas *práticas* – sobretudo, a massagem corporal, a cobrança pelo serviço, a escolha do local para parir e a consolidação da legitimidade profissional – que nos indiquem algumas possíveis regularidades no trabalho destas parteiras. Por mais que outras pesquisas tenham descrito um conjunto de práticas do partejar não oficial na região (e.g. Correa e Leonel, 2002; Pereira, 1993; Silva, 2004; Barroso, 2001; Bessa, 1997; Pinto, 2004), não sucumbi à urgência de reconhecer em Melgaço padrões encontrados em outros estados da Amazônia ou da América Latina. Tentei, ao invés, estar atenta, primeiro, para o que **elas**, as parteiras, me revelavam sobre o contexto. E foi importante não me ater somente ao que diziam, ao que promulgavam como comportamento ou técnica “certa” e “ideal”. Mas procurei também comparar essas regras às suas atualizações diárias, ao seu uso pessoal e circunstancial. Daí apareciam as fraturas, as incoerências, os conflitos e, o que realmente espero, o detalhamento um pouco mais fino desta realidade.

Considerar que estas parteiras sejam personagens *ativos* e *atuais* é um passo para deixarmos de atrelá-las às “origens” da obstetrícia na humanidade (e.g. Dias, 2002: 138; Costa, 2002: 23). Ao que parece, esta literatura pressupõe que seria possível, ao estudá-las, retomar a “manifestação primeira”, “a infância”, o “primitivo” (De Certeau e Julia, 1989: 61-62) do partejar ocidental. Esta “origem natural” estaria “escondida na história” e precisaria ser “reencontrada” pelos pesquisadores “certos”, antes que fosse “corrompida” definitivamente pelas forças – tidas como tão mais avassaladoras – da urbanidade, da tecnologia, dos interesses comerciais. Manter o “exotismo”, a “pureza”, a “integridade” das práticas e costumes das parteiras é mantê-las distantes, indefesas e dependentes deste olhar magnânimo e bem intencionado da intelectualidade sensível: “O povo é uma criança cuja pureza original convém proteger, preservando-o de más leituras” (*ibid*: 56). Manter estas parteiras numa “ingenuidade” seria pautar o olhar e a relação com as mesmas por um prisma elitista de obstetrícia e saúde. Assim, quando os autores dizem que “o que permitiu a existência destes paraísos perdidos oferecidos aos letrados foi sempre a vitória de um poder” (*ibid*: 72), é de hierarquia que aqui estamos falando.

Sugiro que, para certos pesquisadores, em especial da saúde pública, enfermagem e do movimento de humanização do parto e nascimento, localizar as parteiras num “passado atemporal” seja, de certa forma, além de idealizador, bastante tranquilizador por dois motivos. Primeiro, porque eles têm posicionado as parteiras na “última fronteira” da obstetrícia, o que cria uma gradação evolutiva dentro desta área. Parecem estar falando desse “outro” (“tradicional”) e, por tabela, de “si” mesmos (“moderno”) para pensarem comparativamente sobre seu próprio trabalho nas salas de parto. E, segundo, é tranquilizador porque nos desoneraria do desafio de pensá-las hoje em dia, em diálogo, por exemplo, com a biomedicina, o SUS, o Projeto de Lei n. 2354 etc. Ao criarmos uma idéia paradigmática de “parteira”, cristalizamos todo um perfil de técnicas, valores e comportamentos e, com isso, excluímos o que for considerado como “desvio” desse perfil. Por exemplo, a maior parte dos estudos afirma que as parteiras não cobram por seus atendimentos e trabalham por *caridade* (e.g. Chamilco, 2001: 108). Mas D. Dinorá e muitas de suas colegas têm até uma tabela de preços (como veremos no Capítulo 3) e, nem por isso, deixam de se considerar como “parteiras”. Revelar suas motivações e o contexto para essa prática monetária é localizá-las em seu tempo e descartar conclusões precipitadas de que teriam se “descaracterizado” ou deixado de ser “autênticas” (De Certeau e Julia, 1989: 61).

Creio que D. Dinorá me apresentou dilemas muito atuais que muitas mulheres estão vivenciando na porção fluvial do Pará. Elas me alertaram para incoerências severas em nossos

sistemas de saúde; elas nos demandam considerar novos ângulos para melhor planejar as ações de atendimento. Estão longe de serem “anacrônicas”, “passivas”, “atrasadas”, “ignorantes”, “em extinção”, “antigas” e “tradicionalistas” – rol de adjetivos que tantas vezes encontramos no senso comum e também na produção intelectualizada no país (como Mott 1999a já nos mostrou ser o caso).

Esses adjetivos revelam muito mais do que uma tentativa, diria, etnocêntrica de caracterizar as práticas obstétricas das parteiras. Revela como elas estão envolvidas num campo de múltiplas forças. Há toda a gama de simpatizantes com os quais me deparei na entrada do campo e sobre os quais comentei no início desta Introdução. Mas há também opiniões negativas prevaletentes há várias décadas sobre o trabalho destas mulheres. Por isso, é importante considerar mais uma lição de Ortner, que “traça a mudança da noção de prática vista como ‘ação’ e ‘interação’ apolíticas para uma noção de prática como sempre entranhada nas relações de poder e desigualdade” (1995: 15).

Neste sentido, Brigitte Jordan, antropóloga alemã radicada nos EUA com larga experiência no estudo dos partejares, cunhou o termo *authoritative knowledge*, apropriado para pensarmos a dimensão de poder no campo da atuação das parteiras. Por isso, este conceito nos será importante ao longo de toda esta tese.

A observação central é que, para qualquer domínio, vários sistemas de conhecimento existem, alguns dos quais, por consenso, acabam por carregar mais peso do que outros, seja porque eles explicam melhor o estado do mundo para os propósitos do momento (“eficácia”) ou porque são associados com uma base de poder mais forte (“superioridade estrutural”), e usualmente por ambos os motivos. (...) Legitimar uma forma de conhecer como autoritativa desvaloriza, e com frequência desconsidera totalmente, todos os outros tipos de conhecimento. (...) A constituição do conhecimento autoritativo é um processo social contínuo que tanto constrói quanto reflete as relações de poder dentro de uma comunidade de prática. Ele faz isso de forma que todos os participantes percebam a ordem social corrente como uma ordem natural, i.e., como a forma em que as coisas são (obviamente) (1993: 152).¹⁶

Importante lembrar que a autora não define “conhecimento” como uma substância ou um bem detido por um grupo, mas “um estado que é **atingido colaborativamente** dentro de uma

¹⁶ “The central observation is that for any particular domain several knowledge systems exist, some of which, by consensus, come to carry more weight than others, either because they explain the state of the world better for the purposes at hand (“efficacy”) or because they are associated with a stronger power base (“structural superiority”), and usually both. (...) To legitimize one way of knowing as authoritative devalues, often totally dismisses, all other ways of knowing. (...) The constitution of authoritative knowledge is an ongoing social process that both builds and reflects power relationships within a community of practice. It does this in such a way that all participants come to see the current social order as natural order, i.e., as the way things (obviously) are” (1993: 152).

comunidade de prática” (1993: 153, ênfase minha).¹⁷ Assim é impossível que um tipo único de *authoritative knowledge* se cristalice num dado cenário. A legitimidade de um corpo de conhecimento é negociada e estabelecida coletivamente, conforme a situação específica para a qual decisões devem ser providenciadas. O conhecimento prevalecente alterna conforme o jogo de forças da ocasião. “O poder do conhecimento autoritativo não é que ele seja correto, mas que ele conte” (*ibid*), que ele seja relevante.¹⁸ Em Melgaço, por exemplo, uma parteira poderia ser considerada por uma gestante no início de seu trabalho de parto. Mas tanto sua família, quanto ela própria e até sua parteira poderiam mudar de idéia e procurar um hospital. Ou, ainda, toda a vizinhança poderia concordar que uma gestação *complicada* não seria resolvida nem na Unidade de Saúde, nem por alguma das parteiras disponíveis: um rezador seria o especialista mais recomendado. Assim, Jordan nos lembra que uma parteira, um rezador, um médico podem deter – sempre provisoriamente – esta fonte de autoridade por conta do saber que desenvolveram e, por isso, não devemos equivaler automaticamente o termo *authoritative knowledge* somente ao conhecimento das pessoas tidas como social ou politicamente dominantes nas posições de poder naquele momento. O *authoritative knowledge* é um estado constantemente provisório e negociado.

V A organização do presente percurso de pesquisa

a) Um breve panorama da saúde reprodutiva no Pará

As principais preocupações que têm estado sob o “guarda chuva” da saúde reprodutiva no Brasil são, especialmente, a mortalidade materna, o parto cirúrgico, o aborto clandestino, o câncer de mama e de colo uterino, a baixa adoção da amamentação imediata, a esterilização em massa, a contaminação pelos vírus HIV e HPV e toda a sorte de negligência institucional (e.g. Scavone, 2004: 44). Mais recentemente, as novas tecnologias reprodutivas, a violência e a participação masculina na reprodução são também temas que têm emergido neste debate (Correa, 2002: 366).

No Pará, o quadro não é diferente e, antes de apresentar os capítulos desta tese, é importante que um breve contexto da saúde reprodutiva feminina nesse estado seja conhecida, já que tomei, como discutido antes, a “saúde reprodutiva” como um conceito norteador aqui. Para compreendermos melhor os índices de saúde locais, vejamos rapidamente seu pano de

¹⁷ “A state that is collaboratively achieved within a community of practice” (1993: 153).

¹⁸ “The power of authoritative knowledge is not that it is correct but that it counts” (*ibid*).

fundo demográfico. Nesta segunda unidade da federação em termos geográficos, há quase sete milhões de habitantes (IBGE, 2005). Cerca de um sexto destas pessoas ganha até dois salários mínimos, representando “49% da população economicamente ativa, que é composta por 3.1 milhões de cidadãos com idade igual ou superior a dez anos de idade, e são absorvidas em grande parte pela agricultura” (Conasems, 2006: 39). “A participação das mulheres no grupo economicamente ativo eleva-se bastante no período de 1980 a 1995, conforme dados apresentados nos censos demográficos e PNADs para o período. Passa de 23,16% em 1980 para 45,43% em 1995, o que representa um crescimento de 96%” (Moura e Lago, 2000: 94). Estes dados integram uma pesquisa multicêntrica feita pelo Núcleo de Estudos de População (UNICAMP) e a Fundação Ford (Berquó e Cunha, 2000). Moura e Lago, responsáveis por compilar e analisar os dados do Pará, mostraram como, seguindo as tendências nacionais, no Pará há um significativo “aumento na proporção de mulheres que assumem sozinhas a responsabilidade de chefes de domicílio. Este número aumenta de 12,61% no período de 1980 para 18,23% em 1996, o que corresponde a uma variação percentual de 44,6%. Este crescimento ocorre tanto na área urbana quanto na rural” (Moura e Lago, 2000: 96).

Nos três níveis do governo brasileiro, é fácil encontrar um discurso comum para justificar as lacunas dos serviços de saúde na Amazônia. Segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, “um dos grandes desafios do sistema público de saúde no Pará é avançar na descentralização dos serviços prestados. Uma das barreiras é a dificuldade de atrair profissionais para trabalhar nos municípios mais afastados” (Conasems, 2006: 41). As dificuldades de acesso, transporte e trabalho no interior são recorrentemente citadas, ao invés de se questionar a concentração de serviços na região metropolitana de Belém, “onde estão 65% dos 5,8 mil médicos que atuam no estado” (*ibid*) e 27% dos hospitais do estado (Moura e Lago, 2000: 99).

Por um lado, a baixa densidade populacional tem sido, sobretudo, uma das explicações para esta morosa capilarização biomédica além das fronteiras da capital e das cidades de médio porte. Por outro, Moura e Lago mostraram que, nas últimas décadas, a política econômica descentralizada no Pará contribuiu para “a interiorização das frentes pioneiras, com participação de grande contingente de migrantes. (...) O processo produziu uma redução da rarefação demográfica no espaço geográfico, acompanhando uma taxa de crescimento médio anual que supera a nacional, tanto na área urbana quanto na área rural, principalmente no período de 1970 a 1980” (*ibid*: 94-95). Os anos de 1980 a 1991 assistiram, portanto, a uma elevação da densidade demográfica no interior do estado, “passando de 1,93 hab/km², em 1980, para 2,90 hab/km² em 1991” (*ibid*). Então, ao contrário do senso comum, a densidade

tem aumentado no interior, especialmente em cidades de pequeno porte como Melgaço e, com isso, a demanda por mais serviços de atendimento.¹⁹ A democratização dos serviços não é um problema porque a população é rarefeita; ao contrário, levar hospitais, material e recursos humanos tem sido mais difícil justamente porque há mais demanda de uma população que está se densificando além dos limites de Belém. Além disso, a Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública (SESPA) tem divulgado a interiorização de UTIs, serviços de neonatologia e de queimaduras. Estes são benefícios importantes, mas em algumas regiões, equipes de PSF estão incompletas, as consultas de pré-natal e a distribuição de anticoncepcionais é intermitente ou não há equipamento de raio x para tratar uma criança que caiu de uma árvore, todos exemplos que eu testemunhei em Melgaço. Claro que unidades de atenção secundária e terciária devem chegar às cidades menores. Mas é incoerente que isso aconteça sem antes garantir a cobertura de atenção básica e primária. E, sem descartar as condições naturais da região, é necessário investir em bons sistemas fluviais de referência como um paliativo importante até a chegada de uma estrutura completa de atendimento. Em Melgaço, por exemplo, toda semana grávidas de risco, idosos com pneumonia ou reumatismo, crianças com desidratação, homens picados de cobra precisavam ser levados às pressas para Breves, cidade vizinha onde há um hospital regional. Nem sempre, contudo, havia tempo, barco, combustível, timoneiro e maré disponíveis.

Em meio a este quadro, segundo dados do DATASUS para 1996, o Pará apresentou menor gasto em assistência *per capita* da Região Norte, isto é R\$23,07, enquanto a média da Região foi de R\$24,92 e do Brasil, R\$41,79 (Moura e Lago, 2000: 98). Em 1996, dispunha de “6,79 médicos para cada 10 mil habitantes, ao passo que no Brasil esta taxa é de 13,04” (*ibid*, 2000: 98 e OPAS, 1998: 33). Segundo a OPAS, até o ano de 1998 só 5% dos profissionais médicos do país estavam na região Norte do país (*ibid*). Em termos de leitos por mil habitantes, “a taxa do Pará é de 1,7, inferior até mesmo à taxa estabelecida para a região Norte (2,0) e à nacional, que é de 3,1 para o ano de 1996. A taxa de leitos para o total do estado é inferior à meta estabelecida pelo SUS, que é de três leitos por mil habitantes, para unidades mistas, e de quatro leitos para hospitais regionais (Ministério da Saúde, 1990)” (Moura e Lago, 2000: 98-99). E dos 143 municípios do estado em 2000, somente 26 deles tinham

¹⁹ Entre 1996 e 2005, a população de Melgaço aumentou 64,61% (IBGE, 2005). Embora a oferta em termos de recursos humanos na área da saúde tenha se quadruplicado nesse período, a infra-estrutura (principalmente como estabelecimentos de saúde) permaneceu idêntica (Assistência Médica Sanitária, DATASUS, 2006). Como vimos no caso do estado do Pará, a sede urbana de Melgaço, onde moram cerca de 15,09% da população do município (IBGE, 2000), concentra grande parte destes profissionais, material e leitos.

alguma oferta hospitalar e “apenas sete apresentavam taxas de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo SUS” (*ibid*).

À época, em fins da década de 1990, Melgaço não figurava entre estes municípios. Em 1977 foi inaugurado um posto de saúde que, mais recentemente, promoveu-se à unidade de saúde, com três leitos. Só em 2004, este serviço passou a funcionar 24h por dia e fazer, dentre outros atendimentos, partos normais. Em 2005, o médico também assumiu o serviço obstétrico, antes só oferecido por duas enfermeiras. Todos estes profissionais, segundo me contaram, nunca tinham feito um parto antes e aprenderam na prática, ali mesmo com as parturientes melgacenses. Estava prometida para 2006 a inauguração de um hospital de atenção secundária. Mas até a finalização desta tese, isto não havia acontecido e a SMS não havia ainda conseguido definir de onde viriam os R\$70 mil mensais necessários para sua manutenção.

Além da oferta em termos de recursos, infra-estrutura e pessoal, outra forma de avaliar o quadro da saúde é conhecer seus índices de morbimortalidade. Moura e Lago verificaram que, nos períodos de 1979-1981, 1984-1986 e 1993-1995, 40% dos óbitos femininos aconteceram em decorrência de doenças do aparelho circulatório, 15%, de doenças infecciosas e parasitárias e, 17%, de doenças do aparelho respiratório (*ibid*: 104). Conforme estes dados, levantados no Subsistema de Informações de Mortalidade (SIM) do SUS, houve um “desaparecimento” das complicações da gravidez, parto e puerpério, muito comuns até então. As autoras justificam esta ausência pelas falhas no processo de coleta de informações, ocultamento de causas e responsáveis, atribuição de problema gravídico a causas circulatórias ou respiratórias, “causas mal definidas”, diversificação dos diagnósticos e “a dificuldade de encaminhamento dos cadáveres para o Instituto Médico Legal” (*ibid*: 103). Elas lembram ainda que no quadro das “doenças infecciosas e parasitárias, chama a atenção o grande número dos óbitos por septicemia, que se elevam de 7,87% para 30,82% [que] pode ser conseqüência do uso de melhores recursos para diagnósticos, ou do aumento de cesáreas, dos quadros de infecção hospitalar, ou ainda do aumento comprovado da resistência aos antimicrobianos. Os dados podem também estar ocultando casos cujo fator desencadeante tenha sido o aborto” (*ibid*: 107). Há uma ausência de registros de mortes em geral, não somente as femininas. A OPAS diz que 50% das mortes nas regiões Norte e Nordeste (1998: 37) e, no país, somente 70-75% daquelas relacionadas à saúde reprodutiva são de fato registradas (Ministério da Saúde *apud* The Center for Reproductive Law and Policy, 2000: 3).

A idéia do termo “mortalidade materna” é compreender toda sorte de acontecimentos malogrados que se desenrolarem desde a gestação até o 42º dia depois do parto. Em 1987, 222

mulheres paraenses morreram por 100 mil bebês nascidos vivos e, em 1994, este número baixou para 134. “Estes dados, embora em declínio, apresentam-se acima de média nacional, que era de 114 no ano de 1991” (Moura e Lago, 2000: 109). A OPAS anunciou que destas mortes, 44,5% se associaram a um alto risco reprodutivo por deficiências de qualidade de atenção, porcentagem que ascende a 59,1% na zona rural (1998: 37). O risco pode se relacionar com o abuso (como cesarianas, laqueaduras, curetagens pós-aborto etc.)²⁰ de intervenções ou à falta dos mesmos. E, claro, esta “falta” pode estar relacionada com os diferentes tipos de atendentes (in)disponíveis (inclusive, a parteira), recursos de transporte, material, equipamentos. Mas o documento da OPAS deixa claro que uma morte materna é resultado de um conjunto de fatores, atores e eventos e é impossível, mesmo em regiões onde o parto domiciliar predomine, creditar às parteiras a total responsabilidade por perdas de vidas humanas. Outros autores também notaram isso: “No Brasil, sete mulheres morrem a cada 10 mil partos feitos por cesariana [enquanto as parteiras] contribuem para um dado menos assustador: o número de óbitos cai para dois a cada 10 mil partos normais” (Pires, 2000).

Porém, se os dados do SIM são falhos e se os índices de mortalidade materna são pouco específicos, há um outro bloco de informações que podem oferecer um quadro bem diferente da saúde. O banco de dados das autorizações de internação hospitalar (AIH) do SUS indica as razões porque uma pessoa foi internada. Na pesquisa de Berquó e Cunha (2000), foram analisados 19 dos capítulos mais recorrentes do 9º Catálogo Internacional de Doenças (CID), à época em uso para diagnosticar biomedicamente as mazelas. Em **todos** os estados brasileiros, seja na capital, seja nos municípios do interior, o Capítulo XI, isto é, as “complicações da gravidez, do parto e do puerpério” ocuparam o primeiro lugar na lista deste 9º CID. Este também é o caso do Pará, que está a frente dos outros quatro estados-caso analisados na pesquisa e, na Região Norte, sua situação tampouco é reconfortante, como pode ser notado nas tabelas compiladas abaixo:

²⁰ De acordo com a SESMA e Unicef, em pesquisa em Belém, PA, com 1.848 mulheres entre 15 e 49 anos, a laqueadura foi realizada em 60,7% delas e 24% haviam passado por abortos (Unicef, 1995 *apud* Moura e Lago, 2000: 109).

Tabela 1.
Percentagem de internações femininas residentes
em estados de cinco regiões do país segundo o XI Capítulo do CID 9, 1996

	Pará	Bahia	São Paulo	Goiás	Rio Grande do Sul
Mulheres residentes no Estado	50.20	41.32	41.21	39.15	33.91
Mulheres residentes na Região Metropolitana da capital do Estado	53.76	50.82	48.82	41.30	41.80
Mulheres residentes nos demais municípios (fora da Região Metropolitana do Estado)	48.63	39.06	36,90	38.61	30.43

Fonte: Dados compilados do “Movimento de AIH – Arquivos reduzidos DATATUS/MS/FNS – 1996” (*apud* Berquó e Cunha, 2000).

Tabela 2.
Percentagem de internações femininas residentes
nos estados da Região Norte do país segundo o XI Capítulo do CID 9, 1996

	Amapá	Amaz- nas	Acre	Pará	Roraima	Rondô- nia
Mulheres residentes no Estado	64.04	62.52	52.99	50.20	46.81	41.03

Fonte: Dados compilados do “Movimento de AIH – Arquivos reduzidos DATATUS/MS/FNS – 1996” (*apud* Berquó e Cunha, 2000).

É possível notar o alto grau em que questões reprodutivas levam as mulheres a recorrer às instâncias hospitalares e os dados revelam como, no Pará, a situação permanece preocupante. A literatura já nos mostrou que os brasileiros e, em especial, as mulheres, tendem a recorrer à automedicação e aos recursos disponibilizados pela família e vizinhança antes de procurar alguma instituição formal de saúde. Assim, é possível supor que muitos destes casos arrolados nas tabelas acima chegaram já com gravidade mediana e alta aos serviços. Com leitos, profissionais e gasto em assistência *per capita* abaixo dos níveis previstos como ideais pelo SUS, há mais chance de que muitas destas AIHs se transformem em atestados de óbito. Em todos os estados das Tabelas 1 e 2, as capitais metropolitanas concentraram as maiores percentagens de internações relativas a este Capítulo XI do CID 9. E como muitas capitais concentram a infra-estrutura, a exemplo do Pará, é preocupante como estão sendo assistidas as mulheres no interior desse estado.

Assim, espero que estes dados mais gerais sobre a oferta em saúde e o quadro da saúde reprodutiva no estado do Pará nos ajudem a contextualizar o que será discutido como mais

detalhe a seguir, isto é, o trabalho de parteiras como D. Dinorá e suas colegas, a relação que mantinham com as *buchudas* e suas famílias, com os profissionais de saúde locais e as informações que lhes chegavam via os cursos. Elas são parte ativa deste quadro mais amplo de pouca interiorização dos serviços e equipes hospitalares, da crescente medicalização da saúde e especialização terapêutica, de complicações gravídicas, por exemplo. Vejamos na próxima e última seção, como os capítulos desta tese pretendem avançar na discussão sobre a saúde reprodutiva e, mais especificamente, o parto domiciliar na cidade de Melgaço, PA.

b) A organização desta tese

Sonia Correa, antropóloga e feminista carioca, notou que, no período de 1986-1996, houve na produção acadêmica “uma mudança qualitativa no deslocamento do enfoque materno-infantil convencional em direção a outros aspectos da saúde da mulher” (2004: 364). Julgo ser fruto desta mudança e, apesar de minha tese estar bastante ligada à fase reprodutiva, não há intuito de debater sobre a maternidade nem o planejamento familiar, que tanto pautaram a discussão sobre a saúde feminina nas últimas décadas. Meu objetivo geral é esmiuçar como a saúde reprodutiva das mulheres de Melgaço são manejadas e cuidadas por uma parcela não oficial de atendentes. Também pretendo partir de concepções de “saúde” e “reprodução” muito mais amplas do que foi, por longo período, ditado pela biomedicina, pela igreja e forças econômicas hegemônicas.

O parto, uma das entradas desta tese, foi classificado por Correa como um “tema clássico extensivamente trabalhado” (2002: 366), ao analisar cinco imponentes coletâneas para avaliar o estado da arte na última década no país. Contudo, estas pesquisas têm tomado o “parto hospitalar” geralmente para denunciar os diversos tipos de violências cometidas sobre as mulheres. O “parto domiciliar” e as questões gineco-obstétricas situadas no âmbito da casa e do doméstico não têm sido foco destes estudos. E, ao relacioná-lo com um cenário mais amplo (o atendimento do SUS, os lugares para parir, os cursos de treinamento), julgo que esta tese pode oferecer um novo fôlego aos estudos que vêm sendo realizados, ao ilustrar justamente o que Correa sugeriu: “a inflexão em curso no campo cujo sentido é o da ampliação de enfoques e do repertório de questões e recortes” (2002: 367).

Em 1996, 4,1% dos bebês brasileiros nasceram em casa na zona urbana e 21,8%, na zona rural (OPAS, 1998). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde aponta, na mesma época, 20% de partos domiciliares no país. O Ministério da Saúde afirmou que nas áreas rurais e regiões Norte e Nordeste, este número sobe para 45% (Abreu, 2002: 75). Já o Projeto

Saúde e Alegria, uma renomada ONG que trabalha há décadas na região de Santarém, PA, diz que as parteiras são responsáveis por 60% dos partos na área rural.²¹ Esta variedade de índices indica, claro, as motivações de diferentes agendas, e também que não houve, até hoje, um levantamento consistente e minucioso do parto domiciliar no Brasil. Além disso, as idéias de “rural” e “urbano” são amplas demais e precisariam ser relacionadas com outros fatores como, por exemplo, a densidade populacional, a infra-estrutura hospitalar, a proximidade com pólos urbanos, orçamentos municipais, índices de mortalidade materna. E, por fim, é preciso lembrar que os números relativos ao parto domiciliar só podem ser tidos como estimativas porque derivam das notificações de nascimento, sabidamente subestimados no país.

Tampouco se tem consenso sobre o número de parteiras. O Ministério da Saúde, na figura do Programa Nacional de Parteiras Tradicionais, tem anunciado que são entre 40 a 60 mil parteiras no país. Como contraponto, segundo a Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição em Pernambuco, de 1991, são 5.000 *aparadeiras* só no exíguo estado de Pernambuco (*apud* Carvalho, Chacham e Viana, 1994). A ONG Partejar, a fim de aprimorar esses dados, tem incentivado duas campanhas, o cadastramento das parteiras feita em cada município pelas SMS e o registro das crianças nascidas em casa. Se tomarmos as estatísticas oficiais (DATASUS), há, a grosso modo, um médico para cada 1.428 habitantes do Pará e dada a má distribuição de infra-estrutura pelo interior, em Melgaço, há oficialmente um médico para os 25 mil habitantes das zonas rural e urbana. Em sua sede urbana, entre 2004 e 2005, havia em Melgaço 22 parteiras para atender cerca de 3.500 pessoas (IBGE, 2005), isto é, uma parteira para cada grupo de 159 habitantes. Quer dizer, estas mulheres oferecem um atendimento, pelo menos, muito mais personalizado do que o biomédico. Mas estes dados, bem como estas comparações, são incipientes demais. Justamente por conta de toda esta defasagem e lacunas sobre o parto domiciliar e o número de parteiras é que julgo ser necessário conhecermos um pouco melhor essa realidade.

No Capítulo Um, conheceremos a paisagem geográfica e histórica dos 290 quilômetros do trecho do Rio Pará que ligam a capital ao município de Melgaço. Estas águas turvas já receberam embarcações de vários viajantes, também estrangeiros, desde o século XVII. Aproveito-me de seus olhares e registros para adensar a historiografia recente que foi produzida sobre a região. Como sugerido por De Certeau, Ortner e o casal Comaroff, além de contexto, biografias, pictorialidade, as práticas também precisam de **densidade histórica** para melhor lhes aconchegar na análise antropológica. Além, disso, também discutirei como

²¹ Cf. o sítio www.saudeealegria.org.br

aconteceu minha recepção por parte de D. Dinorá, sua família, *buchudas* e colegas. E, nesta interpretação mútua e permanente das alteridades, espero explicitar o ponto de partida de minhas análises.

No Capítulo Dois, desejo apresentar uma das atividades mais comumente realizadas por este grupo de atendentes. Falar da *puxação*, massagem abdominal aplicada durante todo o ciclo reprodutivo feminino, poderia parecer uma reincidência no estilo *ethnomedical*, em que as técnicas obstétricas são minuciosamente descritas, quase folclorizáveis. Contudo, meu objetivo é outro. Julgo ser preciso começar pela *puxação* para mostrar como o partejar não oficial extrapola tanto a fase da expulsão propriamente dita do feto, durante o parto, quanto a própria atividade obstétrica como um todo. Esta massagem nos oferece um panorama mais amplo para localizar o significado da atuação destas mulheres.

Embora disponíveis e solícitas, muitas destas parteiras vivenciavam um conflito: desejavam que seu trabalho fosse retribuído como o esperado. Isto quer dizer que, no Capítulo Três, iremos conhecer como elas próprias valorizavam, negociavam, cobravam por seus atendimentos. Quanto vale um parto? Qual é o preço para uma filha gestante? E se o marido da vizinha brigou com o marido da atendente? E no caso do parto que começa em casa e termina no hospital? Relações de gênero, de parentesco, de vizinhança e com a esfera do Sagrado são consideradas para pensar os termos da reciprocidade local. Além disso, neste capítulo, fica notório o momento de transição que elas estão vivendo, onde urbanização, assalariamento, monetarização, profissionalização e institucionalização são os novos desafios por acomodar.

No Capítulo Quatro, mais uma dimensão é acrescentada ao trabalho de D. Dinorá e suas colegas. Elas nos mostram como há *partos fáceis* e *partos complicados*, *partos para casa* e *partos para o hospital*. Ao complexificar a territorialidade do parto, elas revelam como há muitos outros atores, prioridades e conflitos envolvidos num parto do que somente a “progressão da dilatação uterina” ou a lista de “riscos” biomédicos com os quais profissionais de saúde tentam lhes doutrinar. Conforme a gestante, a família, a parteira, o médico, o hospital em questão, é distinta a definição do *aperreio* e das respectivas decisões necessárias para desenrolá-lo. Aqui, pretendo mostrar também como as parteiras, longe de serem figuras *isoladas*, estão em permanente diálogo com outros cuidadores e em constante negociação com diferentes fontes de *authoritative knowledge*.

E, por fim, no Capítulo Cinco, veremos como a *puxação*, os preços e a relação com o aparato biomédico, discutidos nos capítulos anteriores, são importantes fatores considerados por estas parteiras para traçarem diferenças entre elas. Aqui, revela-se um fino sistema de

classificação do ofício. Os cursos, a relação com o Instituto Partejar e os profissionais de saúde da cidade, a participação em eventos da região são apenas **mais uma** esfera valorizada na disputa por espaço, legitimidade e saber. Neste capítulo, percebemos novos dissensos internos e contornos ambivalentes do ofício do partejar, explodindo qualquer idéia *a priori* de “parteira”.

A organização dos capítulos tem a intenção de, aos poucos, adensar esta realidade à medida que acrescentamos mais um *círculo de sentido* ao redor das parteiras. Produzindo efeito semelhante de quando jogamos uma pedra num lago, cada capítulo pretende ser uma nova circunferência concêntrica. Partimos das repercussões de sua prática sobre o corpo feminino; para depois pensarmos-na dentro do espaço doméstico, dentro da relação conjugal; é então que vemos como o parto reverbera além das paredes da casa e das cercas dos quintais, chegando aos hospitais e cidades vizinhas; e, por fim, as relações além das fronteiras da cidade e do estado também são relevantes para fazer sentido dessa prática obstétrica não oficial.

CAPÍTULO UM

RIOS, FLORESTAS E ALTERIDADE: Uma ambientação físico-histórica da região de Melgaço, Pará



Trapiche e frente da cidade de Melgaço, 1968. Fonte: Arquivo Pessoal Ana Kelly Amorim *apud* Pacheco, 2004.



Avenida Senador Lemos (Avenida da frente), 2000. Foto de Wellington, advogado da prefeitura, *apud* Pacheco, 2004.

O estranhamento que experimentei no período em que vivi no Pará facilmente encontra ecos nas descrições deixadas por viajantes que escolheram a Amazônia nos séculos XVII, XVIII e XIX como lócus de suas pesquisas biológicas e etnológicas. Por um lado, acompanhar, por exemplo, o naturalista inglês Henry Walter Bates e o cientista mineiro Domingos Soares Ferreira Pena pelos vários rios paraenses me apaziguou um pouco a repulsa que eu vinha sentindo ao reler meus diários de campo. Quer dizer, suas críticas aos locais muito se assemelhavam às minhas e eu me sentia menos só em meus preconceitos. Por outro lado, justamente isso me atordoou, afinal, trilhar, séculos depois, os mesmos caminhos não carregaria a responsabilidade implícita em superá-los? O espaço (entre, por exemplo, Porto Alegre e Melgaço) separa e diferencia as pessoas mais do que o tempo (entre, por exemplos, os naturalistas e eu)? Por que por vezes eu me identificava, tanto em descobertas quanto em decepções, com o jovem inglês oitocentista Henry Bates do que as minhas contemporâneas, Goreti e Maria Auxiliadora, filhas da parteira com quem eu vivi na pequena cidade de Melgaço? Será que os diários de campo – de um naturalista do século XIX e de uma antropóloga do século XXI – são uma segunda maneira de viver (considerando a própria experiência como a primeira) que, como todas suas impressões angustiadas, confidenciais e livres, geram a construção de uma terceira maneira de viver (isto é, a etnografia propriamente dita)? Será que, então, durante a construção desse texto etnográfico, eu passaria a estranhar cada vez mais os escritos de Bates e viveria uma lenta e imprevisível aproximação do mundo de Maria Auxiliadora e Goreti? Talvez essa tese percorra justamente esses caminhos; só sei, por enquanto, que o campo, os diários e as leituras que me embalaram durante o doutorado me fizeram ir e vir de Melgaço, literal, existencial e simbolicamente. E, aqui nesse capítulo, eu gostaria de retomar um pouco dessas viagens e tomo a liberdade de reavivar alguns dos meus companheiros, contemporâneos ou não, que estiveram presentes nesse percurso.

Há um principal motivo para recorrer aos viajantes do passado. A chamada “história oficial” muito me frustrou com seus “macro eventos”, ênfase nos acontecimentos e personagens das cidades maiores, como Belém e Manaus (Santa Maria de Belém e Barra do Rio Negro, como eram, respectivamente chamadas até o século XIX). As cidades marajoaras suponho que, de alguma maneira, sejam incluídas no que chamam de “interior”, “Marajó”, “ilhas”. Tais generalizações, próprias das sínteses e das cronologias, só serviram para **contextualizar** o Pará na história do Brasil. Assim, os viajantes, em suas detidas e detalhadas

descrições, muito ajudaram a dotar com um pouco mais de “carne” esse grande “esqueleto” histórico.

Tanto informações de historiadores do Pará quanto de viajantes servirão para balizar e inspirar, nesse capítulo, a construção de uma breve contextualização da cidade e região circunvizinha onde a pesquisa foi realizada. Antes de chegar às parteiras, seu trabalho e suas pacientes, creio ser necessário comentar sobre algumas das principais dinâmicas históricas, geográficas e econômicas que regeram o sul do arquipélago do Marajó nos últimos três ou quatro séculos. Creio que esse cenário ajudará a compreender um pouco melhor as razões para essas trabalhadoras terem nascido ou migrado para Melgaço, terem optado e, ao mesmo tempo, sido levadas a atuar em vários serviços rurais e urbanos, terem acumulado experiências obstétricas e terapêuticas etc.

Aqui, me ative a alguns viajantes que passaram pela região do Marajó, em seu caminho de Belém a Manaus ou até o Peru, em geral com o intuito principal de conhecer o vale do rio amazônico.²² Assim, me consolei com as observações sobre a floresta e as concentrações humanas ao longo dos rios Pará, Tajapuru e Baixo Amazonas, porque, à altura de Breves, passagem obrigatória nesse trecho, o ecossistema e as maneiras de viver eram bastante semelhantes a Melgaço, Portel, Bagre e Oeiras, suas principais cidades vizinhas.

Contudo, o foco aqui não é alongar-me sobre a biografia pessoal e profissional desses pesquisadores. Meu intuito é mais pontual e oportuno. Na primeira parte desse capítulo, algumas de suas descrições do bioma amazônico ajudarão a recriar a paisagem que serve de cenário para esta pesquisa, em meu traslado de Belém até Melgaço. Na segunda parte, algumas passagens de diários destes viajantes se assemelham muito aos meus próprios estranhamentos e, por isso, serão úteis para discutir as relações de alteridade que me desafiaram bem como contribuir no adensamento histórico para a região específica de Melgaço. Carlos Marie de la Condomine, João Batista von Spix e Carlos Frederico Felipe von Martius, Henry Walter Bates, Domingos Soares Ferreira Pena e Elizabeth Agassiz me

²² Vários navegadores e cientistas, portugueses, espanhóis, alemães, ingleses, franceses, estadunidenses e alguns brasileiros escolheram o Rio Amazonas, em sua extensão do Peru ao Amapá ou até o Pará, para desbravar, conhecer, demarcar, proteger, apoderar-se e também para aprofundar seus estudos. Francisco Orellana (1541-1542), Pedro de Orsúa (1560), Domingos de Brito e André de Toledo (1635), Pedro Teixeira (1637-1639), Samuel Fritz (1689-1691), Carlos Marie de la Condomine (1735), Godin des Odonais (1749), Mendonça Furtado (1753-1755), Francisco Xavier Ribeiro de Sampaio (1774-1775), Caetano Brandão (1784-1788), Francisco Requeña (1781-1791), José Simões de Carvalho e José Vitorio da Costa (1791), Narciso Girval (1791-1794), Alexandre von Humbolt (1799-1804), João Batista von Spix e Carlos Frederico Felipe von Martius (1817-1820), Jorge Henrique von Langsdorff (1825-1829), William John Burchell (1829), Robert Hermann Schomburgk (1840-1844), Henrique Guilherme Adalberto (1842), Henry Walter Bates (1848-1859), Alfredo Russel Wallace (1848-1852), Guilherme Schucht de Capanema (1859), Domingos Soares Ferreira Pena (1864), Elizabeth Cary e Louis Agassiz (1865-1866) são alguns destes exploradores (Spix e Martius, 1938: 67-69; Bates, 1944: 103, 152, 194-5, 268, 361).

ajudarão nessas duas tarefas. Ainda nesta seção, me deterei um pouco na relação nascente entre mim e Dinorá Bernardes da Silva, a parteira-chave com quem con/vivi mais extensamente durante a pesquisa. E, na terceira e última parte, eu comentarei um par de categorias êmicas – *frente e trás* – que serão úteis para conhecer um pouco da história específica de Melgaço. Assim, minha intenção ao longo desse capítulo é instrumentalizar o leitor com uma série de informações que, espero, contextualizem um pouco o lócus e os personagens dessa tese.

1.1 De Belém do Pará até a “hinterlândia”: A paisagem de rios, ilhas e florestas

Viajar 16 horas de barco foi realmente um dos primeiros estranhamentos da pesquisa. A curta temporada em Belém apresentou desafios típicos às pesquisas em grandes urbes. Mas novo mesmo foi entrar numa *gaiola*, como são conhecidos esses barcos, *atar* minha rede nos canos de metal presos ao teto do primeiro e mais módico andar do barco, e percorrer 290 quilômetros pelo Rio Pará com muitas outras redes roçando e se amontoando sobre a minha. Uma nova etiqueta corporal me era demandada. Eu deveria compartilhar hábitos tidos como íntimos para mim – como dormir, comer, tomar banho – ao lado de estranhos. Eu tinha que me acostumar rapidamente a uma nova gama de sentidos: motor e a quilha do barco cortando a maré fluvial, choro de crianças, histórias de migrantes, cantadas e gemidos, chuva no convés, televisão ligada na novela, rádios de pilha com jogos de futebol, mulheres cantando enquanto penteavam seus longos cabelos negros, fraldas sendo trocadas, dentes sendo escovados, cremes e desodorantes sendo reforçados etc.

Apreendi também a ter menos medo que minha mala fosse roubada, que homens carrancudos fossem invadir minha rede durante a noite, que naufragaríamos de repente etc. Viajar pelos rios paraenses me ensinou que ali a vida corre num outro *timing*, mais sossegado, menos controlável, mais coletivo; a natureza, apesar de exuberante e onipresente, é passível de convivência e não oferece tantos perigos como animais peçonhentos, epidemias tropicais e tédio pela sua monotonia cromática; as pessoas, embora desconhecidas, são muito mais amáveis, conversadeiras e permeáveis do que poderia esperar uma moça *sozinha, branca e do sul*. Mas, sobretudo, **chegar** até a *hinterlândia*, isto é, o interior, a parte de dentro, as profundezas – no caso, Melgaço – me ensinou muito sobre essa região: rios, barcos, viagens, estranhos e trânsito são itens corriqueiros para estas cidades ribeirinhas. As seguintes fotos, como também será notado ao longo da tese, têm o intuito de ilustrar e complexificar nossa apropriação sensorial desta experiência de pesquisa.



Ao fundo, típico barco que faz a linha Belém-Breves-Melgaço. À frente, vários carreteiros esperam clientes.



D. Renata, parteira de Breves, sorri pra mim à frente do emaranhado de redes devidamente atadas e prontas para a viagem.

Para quem chega a Belém, pelo Atlântico ou pelo ar, como foi meu caso, há dois caminhos fluviais para o “interior” do estado. Primeiro, há o Rio Pará, que contorna pelo sul o arquipélago do Marajó e, na direção oeste, segue para o Rio Tajapuru que encontra o Rio Amazonas, já de saída em sua foz na região de Macapá, AP. E, segundo, há o Rio Tocantins, que segue ao sul, em direção ao estado homônimo, passando por Cametá, Baião, Tucuruí e Marabá. Ambos trajetos foram seguidos, desde o século XVI, por portugueses²³, missões religiosas, empreendedores, desbravadores e viajantes curiosos. Eu segui o primeiro caminho, sobre passos já trilhados e bem documentados.

A principal e maior ilha da capitania de Joanes²⁴ fica a poucos quilômetros de Belém e foi para onde as primeiras incursões rumaram quando a capital da província já não bastava aos colonizadores. O arquipélago de Marajó, nome que, depois, também dado às tribos aruaks, é considerado o maior complexo de ilhas fluviais do planeta. Estende-se por quase 50 mil quilômetros quadrados, equivalentes à área da Sicília, na costa italiana (Bates, 1944: 31), como pode ser visto no mapa a seguir. O norte marajoara, onde estão as cidades de Afuá, Chaves, Soure, Salvaterra e Cachoeira do Arari, é sua região mais famosa dado o apelo

²³ Em tempos coloniais, os barcos da metrópole objetivavam garantir a posse da província do Grão-Pará, que compreendia à época, os estados do Amazonas, Pará e Maranhão, e de extrair dividendos na floresta, especialmente na forma de “drogas do sertão”, ouro e cultivos agrícolas com café, tabaco e, principalmente, cana-de-açúcar. Cruz (1960) é um dos historiadores que resiste em atribuir à presença portuguesa apenas um intuito militar.

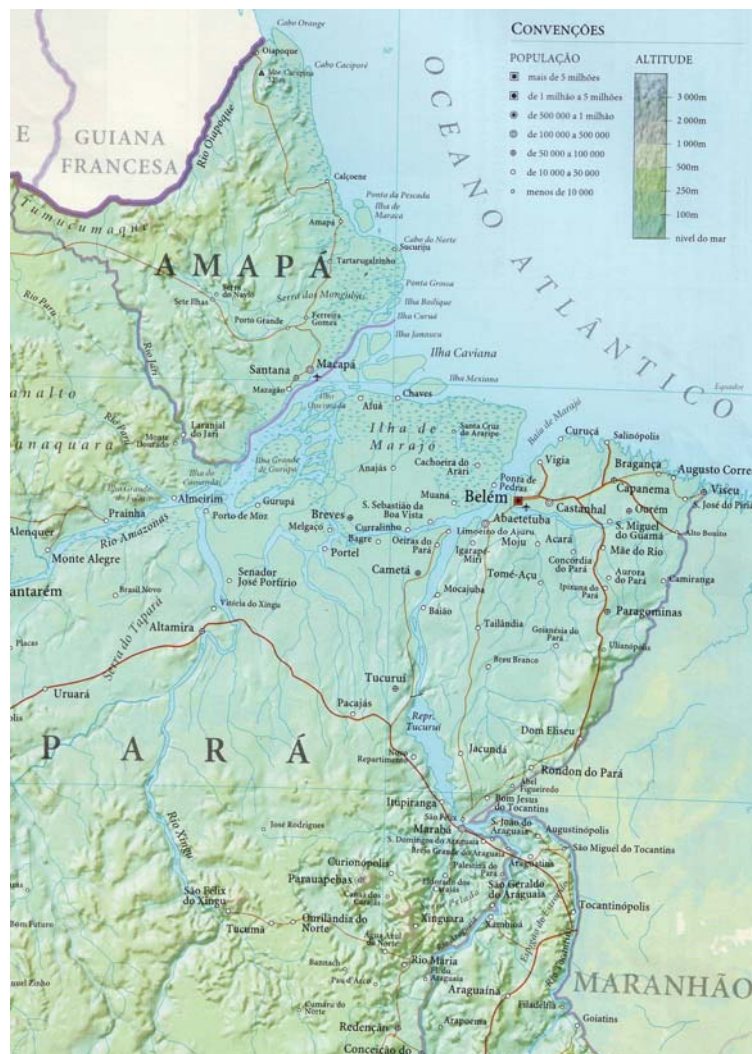
²⁴ “Joanes, por exemplo, denominação antiga do Marajó, é, sem dúvida alguma holandesa. Qualquer ouvido educado na voz aborígine refuga semelhante palavra como do vocabulário tupi-guarani, máxime conhecendo dois dedos de história e sabendo que os aruaks (aruans) eram aliados da gente dos Países Baixos, nos idos da conquista, contra os portugueses. Evidentemente, foi alguma figura batava que impressionou os selvagens do farelhão marajoara a ponto de lhe darem o nome de Joanes” (Moraes, 1938: 83). Avento também a hipótese de a palavra seja uma rendição holandesa à uma palavra indígena mal captada.

turístico, seu artesanato cerâmico e seus búfalos exóticos. Por sua vez, a região sul do arquipélago é mais pobre e desconhecida do senso comum e mídia brasileiros. Seu isolamento simbólico no imaginário nacional se dá, a meu ver, pela quase inexistente infra-estrutura turística, a indecente concentração de renda e os recordes negativos em índices humanos.²⁵ Mas a beleza dos rios e matas são óbvias, como tão bem descreveu Bates: “Toda a região é uma imensa brenha, coberta pela mais luxuriante vegetação tropical, na qual sobressaem, em elevada proporção, as mais estranhas formas de palmeiras de algumas dezenas de espécies. (...) No Pará, as árvores, de uma infinita variedade, parecem erguer-se diretamente da água, o chão da floresta é coberto de relva e tem um aspecto tranqüilo” (Bates, 1944: 30-31).

Atualmente, há quatro empresas que levam e trazem passageiros várias vezes por semana de Belém. A capital está situada numa ponta que se abre para a Baía do Guajará. Foi aqui que, em 1615, uma fragata vindo de São Luís, MA, aportou para lembrar aos holandeses, ingleses e franceses que estas terras pretendiam continuar sendo da coroa portuguesa. “A fundação de Belém (...) foi o marco inicial de exploração e domínio do território amazônico” (Baia, 2004: 20). E àquela época, navegar pelo Rio Pará era muito mais difícil, caro e lento porque dependiam unicamente de ventos temperamentais. Só com a chegada dos motores a vapor, já no século XIX, o trecho que tantas vezes eu percorri entre 14 e 18 horas, de Belém a Melgaço, deixaria de levar, no mínimo e com bons ventos, uma semana (Bates, 1944).

Até meu destino, passamos por muitas casas individuais, vários pequenos povoados e algumas cidades. De minha rede, tinha a chance de observar as casas de madeira, bem na beira da água, construídas sobre palafitas para evitar as variações de maré e de estações. Estas casas contavam com um pequeno *trapiche* onde o *casco* da família poderia atracar, quando voltava da pesca, caça ou de algum *mercantil* vizinho ou quando trazia as crianças da escola municipal da redondeza. O mesmo *trapiche* também virava “quintal” onde eu via meninos e meninas que paravam suas brincadeiras com *matapis*, anzóis ou bichos de estimação (como cachorros, sagüis ou papagaios) para acompanhar atentos a passagem de nosso barco. Os mais destemidos corriam pros *cascos* e surfavam nas ondas geradas pelas hélices. Suas mães lavavam roupa no barranco do rio. Um adolescente carregava para dentro de casa um *paneiro* de açaí para ser triturado na *batedeira* ou, mais provavelmente, *amassado à mão*. Atrás da casa, eu via a floresta, imponente e diversa, com uma vasta oferta de açaí, bacaba, miriti, madeiras e frutas. Os povoados se constituíam de algumas dúzias de casas, igualmente ribeirinhas.

²⁵ Melgaço, situada nessa porção sul do arquipélago, tem o pior IDH municipal de todo o estado do Pará tanto em 1999, quanto em 2000 (PNUD).



Mapa da porção nordeste do Estado do Pará.
Em destaque, a cidade de Melgaço.
Fonte: Atlas mundial, p. 105.

São Sebastião da Boa Vista, Curalinho, Bagre e Breves são as maiores cidades que avistamos ao longo do Rio Pará até chegar a Melgaço. Segundo historiadores e viajantes, muitas dessas cidades se originaram, nos séculos XVI e XVII, com as missões jesuíticas que adentraram a região a fim de catequizar, “amansar” e integrar as populações indígenas. (O Marajó era habitado, principalmente por populações de tupinambás e nheengabás. Cf. Bates, 1944: 203). Nos dois séculos seguintes, engenhos de açúcar e cacau, bem como uma considerável mão-de-obra negra escravizada transformaram as fazendas nos primeiros núcleos urbanos (Cruz, 1960). E, depois, já no final dos séculos XIX e início do XX, os grandes seringais concentraram trabalhadores, mercadorias e investimentos (Prado e Capeleto, 1977). Atualmente, Breves é uma das significativas cidades, em termos demográficos e econômicos,

de toda região marajoara, considerando inclusive o trecho que os paraenses denominam de *salgado*, isto é, toda a metade norte que se abre para o Atlântico. Bates relatou que Breves, em 1849, contava com cerca de 40 casas e algum comércio (1944). Hoje, Breves é a mais populosa cidade do arquipélago, com cerca de 80 mil habitantes, sendo que 50,2% residem na área urbana (IBGE, 2000). E a dupla Spix e Martius, alguns anos antes de Bates, também passaram por ali e nos brindam com mais detalhes, que nos interessam pela paisagem, arquitetura das casas e utensílios domésticos:

Breves é um povoado sito a sudoeste da Ilha do Marajó. Mal o posso chamar de aldeia, pois que, entre as 30 e 40 choças espalhadas por ali e construídas sem regra, em volta, sob a sombra de frondosos cacaueiros, jambeiros, abieiros e laranjeiras, somente a casa do juiz é de pau-a-pique; as outras não são mais do que tetos feitos com folhas de palmeira ubuçu [buçu], colocadas sobre moirões baixos, e também tapados do lado do vento, por esteiras ou trançados de vime, para defesa da chuva. (...) No canto da choça, avistamos o pobre fogão, muitos utensílios de pesca, redes, bem como arcos e flechas, armas que não só os índios, mas também os demais habitantes de cor, usam geralmente. Um cesto cilíndrico (tipiti), de duas toesas de comprimento, cheio de mandioca ralada e, em sua parte inferior, sobrecarregado com uma pedra, pende de um dos postes da choça. (...) Para assar as raízes de mandioca, estão dispostos entre as choças alguns fornos redondos de barro, sob teto de pala, provavelmente pertencendo em comum à povoação. A roupa, que não está em uso, seca estendida sobre os arbustos em torno das cabanas, ou está guardada em caixas grosseiras, que também contêm outros objetos de uso doméstico. (...) Com tal índole de gente de Breves, debalde se procurariam plantações e outras provas de indústria. Na verdade, aqui dá excelente café, mas encontramos já de todo alcançados pelo mato os cafezais plantados pelos jesuítas em Melgaço, lugar pertencente à Freguesia de Breves. Em geral, parecem os habitantes viver em absoluta despreocupação. Um peixe qualquer, que o marido traz para casa, umas frutas do mato ou raízes, que a mulher colhe, além da farinha seca ou mexida com água e umas bananas do quintal maltratado, constituem a alimentação usual; quando muito, cuidam de conservar num cercado, para os dias de penúria, um casal de tartarugas. Quanto gozo, entretanto, não forneceria esta região, como toda a Ilha do Marajó, se soubessem utilizar-se da natureza exuberante! Numa latitude tão privilegiada, justamente abaixo do equador, pode o Marajó dar quase todos os produtos coloniais das zonas mais quentes. (Spix e Martius, 1981 [1821-1831]: 79-81).

O porte de Breves lhe alça a um importante pólo econômico na região sul do Marajó. A cidade concentra muitos serviços de banco, correios, órgãos públicos (e.g., Ministério do Trabalho, Delegacia de Mulheres, Secretaria da Fazenda), cartórios, hospitais de atenção primária e secundária etc. Empregos em madeireiras, no comércio e no porto servem como um forte atrativo para desempregados de cidades vizinhas, inclusive Melgaço. Sempre que alguém era mordido de cobra, precisava de uma cesariana ou se acidentara gravemente, necessitando de raios-x e cirurgias ortopédicas, a solução era *levar pra Breves*. Ali,

esperavam encontrar melhores serviços hospitalares, mais confiabilidade dos profissionais de saúde, mais opções de remédios e farmácias. Além disso, Breves era tida como um lugar mais *moderno*: eu notava como adolescentes de Melgaço arduamente poupavam R\$20 (valor das passagens de ida e volta de barco) para irem a uma festa alardeada pelas rádios da cidade. Ali também era onde se fazia compras de enxoval, revelavam-se fotos, compravam material escolar e de construção. O comércio brevesense conseguia repassar seus produtos com preços menores do que aqueles oferecidos pelos atravessadores em Melgaço, a ponto de valer a pena viajar duas horas num pequeno barco local para fazer compras.



Dois exemplos de hidroviários, o primeiro de Breves e, o segundo, de Almeirim, ambos ao longo do Rio Pará.

Todo barco que vai de Belém até Melgaço faz uma escala obrigatória no *hidroviário* de Breves. Muitas pessoas descem ou sobem, outras só entregam encomendas da capital e apanham itens que devem ser entregues às famílias melgacenses. Nesta escala, compras rápidas, visitas aos correios e, principalmente, aos bancos (para receber benefícios ou depositar algum dinheiro) também são comuns. Eu só pernoitava em Breves quando tinha alguém da 8ª RPS para entrevistar, precisava usar os serviços de Internet e impressora ou ficara sabendo de algum evento ou encontro de parteiras da cidade. Aí também há muitas delas, a SMS *cadastrou* dezenas de parteiras nesse pólo urbano. Como será discutido adiante, muitas migraram para a cidade por conta de estudo, cuidados de saúde, matrimônio, viuvez etc. e pouco atendem partos atualmente. Quando de passagem, eu me hospedava na *Casa do Museu* [Goeldi]. Graça Ferraz, uma socióloga do Goeldi, tinha sido uma das precursoras dos treinamentos para parteiras na região do Marajó. Quando fui lhe entrevistar na sede do Museu Goeldi, em Belém, ela gentilmente me ofereceu pouso nessa casa, já que o objetivo é justamente abrigar pesquisadores em trânsito. Na *casa*, eu atualizava meus diários,

descansava, tinha tempo para pensar sobre a pesquisa de forma mais afastada e contemplativa, na beira de seu pequeno píer que se abria para o *furo de Breves*.

Apesar da arquitetura atual das casas mais pobres e mais afastadas da *beira* parecer com as descrições de Bates, Spix e Martius, Breves mudou muito. Toda sua orla fica repleta de barcos de todo *calado*. Mercadorias, carros, motos, gente des/embarca a todo o tempo. Breves e a maior parte das cidades da região são abastecidas unicamente por via fluvial. Pouca coisa é produzida localmente. Nesta orla, eu chamava atenção não só pela minha cor, estatura e trajes diferentes da maioria, mas por ser mulher. Ali a maior parte dos transeuntes é composta por homens, *carreteiros*, estivadores, taxistas, vendedores de comida, biscateiros, madeireiros, garimpeiros, tripulações e donos de barcos etc. Estes trabalhadores zanzavam intensamente de um lado a outro da rua, de um lado a outro da cidade. Eu via suor e cansaço descendo das testas, lombos e braços destes homens. Sempre de bermudas e chinelas, quase nunca de camisas, eles me olhavam curiosos, mas eu nunca fui abordada com propósitos outros que carregar minha sacola de roupas e eventual caixa de mantimentos. Breves pulsa como uma pequena metrópole em expansão crescente – ritmo muito diferente do que eu encontraria em Melgaço. E, para meu espanto, eu descobriria depois que era a esse ritmo mais tranqüilo que os melgacenses mais aludiam ao justificar sua escolha pela cidade.

Se eu optasse por descer algumas horas ou dias em Breves, eu teria a opção de continuar até Melgaço em um barco menor, de cerca de 20 metros de comprimento. Barnabé e Zezito eram donos dessas velhas e remendadas embarcações de madeira, sempre carregadas de gente, redes, crianças, doentes, botijões de gás, mortadela, frangos congelados, verduras, eletrodomésticos – sinais da “dependência” de Melgaço em relação ao abastecimento externo. No início, eu sempre atava minha rede perto dos coletes salva-vidas, com receio que o peso e a idade da tímida nau não agüentassem. Eu sempre media a distância até a *beira* mais próxima, calculando se meu preparo físico me permitiria nadar até ali. Depois de tantas idas e vindas, tratei de ficar menos tensa e aproveitar para conversar com meus vizinhos de rede. Frequentemente, já tinham me avistado pelas ruas de Melgaço e certamente eram parentes de alguma parteira ou parturiente que eu já entrevistara. Assunto não faltava nesses translados. Aos poucos, eu aprendia o valor das viagens para as populações aquáticas do Marajó. O rio é uma via de acesso, tão naturalizada como a rodovia para nós, só que muito mais bela e confortável.

O Rio Pará, enorme e com sua característica cor “pardo alaranjado sujo” (Bates, 1944: 31) nunca é um rio intacto e contínuo. Moju, Aluá, Piracumba, Piriá, Mutuacá, Guajará, Tajapuru são nomes, provavelmente com ascendência indígena, para *furos*, *igarapés* (que, em

tupi, significa “passagens de canoa”, Bates, 1944: 110), afluentes, braços, riozinhos menores que partem e deságuam neste imenso “rio-mãe”. E depois de Breves, passamos por várias ilhotas, penínsulas, pontas, entradas, todas cercadas por outros rios. De La Condomine, parisiense de 1701, veio ao Brasil em 1743. Quando retornava do Rio Amazonas, ele quase se perdeu justamente na região de Gurupá, perto de Breves e Melgaço. A miríade de rios e ilhas realmente define essa área e, como vários dos viajantes, Condomine relatou:

Fui conduzido do Curupá [Gurupá] ao Pará [Belém] sem ser consultado sobre a escolha de meu caminho, entre ilhas e por canais estreitos cheios de meandros que vão de um rio a outro, e por onde se frustra o perigo de os atravessar em suas bocas. O que constituía minha segurança, e seria a comodidade de outro qualquer viajante, tornava-se extremamente incômodo para mim, que tinha como fim principal o levantamento de uma carta [mapa]. Foi-me necessário redobrar de atenção para não perder o fio de minha rota nesse dédalo tortuoso de ilhas e canais sem conta. (1944: 109).

De Breves a Melgaço, estes barcos menores partem em dois horários. Se o percurso é feito de manhã, a água é azul cobalto, pintada com os primeiros raios amarelos do sol. Se partimos depois do almoço, a água se turva, como descreveu Bates, e as cores do cenário perdem seus contrastes. Mas permanecem os inúmeros matizes de verde das altas e elegantes árvores que, pelo menos na beira, se mantêm intactas. (Toda a madeira que eu via escoar pela orla de Breves vem de serrarias escondidas dentro da mata, já que licenciamento ambiental e posse da terra nem sempre são condições para a retirada). No caminho, cruzávamos sempre com outros pequenos barcos que fazem o trânsito pelas redondezas. E eu continuava a ver *cascos* modestos e ocasionais nas beiras do rio.

1.2 Chegando à cidade anfitriã: Primeiras impressões

De Breves, com pouco menos de duas horas, chegamos à *Baía de Melgaço*, que se abre generosa à frente da cidade. Eu sabia ser uma cidade pequena, dados os relatos, fotos e mapas que pude recolher antes de ir. Mas, do barco, eu só conseguia ver uma fileira de casas na *beira*, sendo que só algumas tinham dois andares. Uma antena possante se levantava acima de tudo, e quatro *jambeiros* frondosos davam um ar bucólico ao *trapiche* da cidade. No canto direito, vi uma igrejinha branca com duas torres azuis. No meio daquela tarde de quinta-feira de novembro de 2004, pensei: “Parece um cartão postal de cidades praieiras ainda desconhecidas no sul da Bahia”, recordando dos anos adolescentes de ecoturismo. Mas essa impressão inicial foi sendo desencantada à medida que os dias passavam.

Ao chegarmos perto do *trapiche*, o barqueiro me alertou, “Não deixe os carreteiros te cobrarem mais de R\$3. Será abuso porque a senhora é de fora”. *De fora*, essa seria uma categoria que eu ouviria quase que diariamente ali. E eu me perguntava se não se remeteria a relação paradoxal que o Pará, desde sua época como Província do Grão-Pará, manteve com Portugal e os demais “estrangeiros” que passaram por suas terras. Por um lado, os livros de história relatam que, durante todo o período colonial e imperial, a província tinha a metrópole em alta estima, a ponto de ignorar por alguns anos a Independência proclamada em 1822 e só depois algumas revoltas pontuais conseguiram catalisar a adesão à liberdade. Conta-se que os sucessivos governantes da província do Grão Pará impediam fortemente o trânsito de idéias que desafiassem a onipotência de Portugal (Reis, 1978). Os reinóis, em franco *apartheid* dos paraenses, freqüentavam Lisboa rotineiramente.²⁶ Porém, por outro lado, pipocavam no interior da província insatisfações crescentes em relação à essa “liberdade” no papel (já que muitos índios e negros continuavam em regime de escravidão, as nascentes urbes continuavam a prestar obediência a senhores portugueses etc.). Esta série de revoltas, que depois seriam conhecidas como Cabanagem, não pretendia só cortar os laços definitivamente com Portugal, mas, sob repetidas ameaças de se separar do Império, rogavam pela proclamação da República do Brasil. Era comum, a essa época, comerciantes portugueses serem mortos, expulsos, saqueados. Havia um ódio generalizado aos “estrangeiros”. Dentre os muitos lugarejos que se sublevaram a corte lusa e ao governador local, estava Melgaço (Reis, 1978: 89). Durante minha estada, observei como ser *de fora* é imediatamente notado e, mais do que isso, gera uma profunda divisão geográfica e simbólica na cidade. Ser *de fora* e morar com os *de dentro* (dois aspectos que serão melhor detalhados na segunda metade desse capítulo) me conferiria um status ambíguo que, apesar de conflitos eventuais, eu tentei usar a favor da pesquisa.

Tão logo eu desembarquei no *trapiche* de Melgaço, Saci, um homem de pele amarronzada, cabelos muito pretos e lisos e olhos rasgados pela ascendência indígena, rapidamente colocou minha mochila sobre seu *carreto*. Um tablado de madeira sobre um eixo com duas rodas de carro: do *carreto* vinha a identidade desse grupo de trabalhadores que, cada vez mais, se organizavam em associações (tanto ali quanto em Breves e Portel, eu

²⁶ Prado e Capelato (1977: 300) mostram que, mesmo em fins do século XIX, a elite da borracha freqüentava assiduamente a Europa. Eu imagino que se compare, não sem exagero, a relação que, atualmente, a elite marajoara mantém com Belém: tratamentos de saúde, compras, capacitação profissional são alguns dos itens que os endinheirados julgam encontrar somente na capital.

saberia depois²⁷). Eu disse a Saci que ia para a casa de D. Dinorá. “Ah, a parteira que mora lá atrás. Eu sei quem ela é. Vamos lá”, disse rapidamente. *Trás e frente*, aos poucos notariaes, são importantes categorias norteadoras na cidade.

Enquanto ele caminhava rapidamente, eu procurava fazer sentido do que via. O *trapiche* é um longo píer de madeira que, partindo da terra, se adentra pela água até o nível em que os barcos não encalhem no raso banco de areia da baía de Melgaço. Havia muitos barcos atracados, de todo tamanho, origem e objetivo. Uns faziam linhas marajoaras, outros eram de particulares que moravam nas redondezas, os menores eram de famílias que vinham abastecer suas cozinhas e guarda-roupas em Melgaço. O *trapiche* ganha, assim, cara de hotel porque, em viagem, a maioria se alimenta, se banha e pernoita dentro do barco. Mesmo que famílias inteiras transitem pelos rios com frequência, o *trapiche* é um espaço masculino. Eu via homens consertando os motores, bebendo, jogando cartas e dominó, esperando transporte, abastecendo carotes com combustível, vendendo camarão, açaí, roupas, relógios, redes etc. Eu recebia olhares curiosos, mas sentia que, de certo modo, aquela cidade com aproximadamente 3.500 habitantes (IBGE, 2000) estava acostumada com o ir e vir de pessoas *de fora*. Por enquanto, eu era só mais uma delas, poderia ser talvez uma *pessoa da saúde, do governo do estado, de Brasília* ou uma *freira* por exemplo, tipos que freqüentavam a região, como eu viria a notar depois.

Saci escolheu a rua *da frente*, que acompanhava a orla, perpendicular ao trapiche. Conhecida também como Avenida Senador Lemos, esta *rua da frente* pode ser vista em sua atualidade na foto que abre este capítulo. Naquele começo de tarde, Melgaço estava quase deserta. O calor mais intenso do dia rende as pessoas às suas redes e à sombra. Via, ali naquela rua que parecia a principal, farmácias, *mercantis*, lojas de roupas de bebê, agência de correios, um hotel, dois bares – todos fechados. Ali estava também o prédio da prefeitura, que, do rio, eu notara os dois andares, mas que agora me parecia decadente. O letreiro, onde um dia constou o nome do prefeito que lhe erguera, estava todo esburacado. As portas de vidro, quebradas. Mesmo que para mim fosse “horário comercial”, não via uma viva alma nas salas vazias. Um cachorro dormia profundamente no corredor de dentro. Abandono era o que eu via ali. E, por mais que meus pensamentos me constrangessem, naquele momento eu me reconheceria numa passagem do cientista mineiro Ferreira Pena, quando passou por uma vila vizinha, em 1864: “A classe operária distingue-se em Oeiras por uma paixão muito pronunciada pelas festas, por um pendor notável para a ociosidade e por grande indiferença

²⁷ Agenor Pacheco (2004) oferece uma discussão mais pormenorizada dos *carreteiros*, essa “recente” ocupação e identidade no espaço urbano de Melgaço.

para o dinheiro, quando, para ganhá-lo, é preciso sair fora dos gostos e usos tradicionais: isto é, trabalhar” (1973: 105).

Pedi a Saci que parássemos na casa de Raimunda Taveira, a secretária municipal de saúde à época. Como os telefones individuais são escassos na cidade, foi para ela que Nísia, da ONG Partejar, ligou avisando de minha chegada. Rái, como era conhecida, tinha acolhido com muito entusiasmo os primeiros cursos de treinamento, ainda em 1998 e com as integrantes da ONG tinha estabelecido um forte e cúmplice laço de trabalho. Nísia e Pamela, sempre que precisavam dinamizar alguma atividade em Melgaço e seus arredores no interior, recorriam ao apoio desta secretária de saúde. Dentro da casa baixa, eu vi um garoto de uns 10 anos jogando videogame. Sem desgrudar os olhos da tela, ele me avisou que a mãe continuava *pra Belém* e que ele não tinha dado o recado à D. Dinorá porque, quando foi lá, ela não estava em casa. Mas, naquele momento, eu me senti muito constrangida: a parteira que seria minha anfitriã pelas próximas semanas já sabia que eu vinha, mas desconhecia o dia e hora exatos em que eu chegaria. O *carreteiro* não pareceu preocupado e continuou puxando o carro de madeira. Eu o segui, sem escolha.

“Aqui na frente da unidade foi onde morreu o homem esfaqueado”, Saci me disse ao passarmos na frente da Unidade de saúde, pequeno prédio branco que oferece a atenção primária de saúde ao município. Na parede caiada, eu via uma grande cruz vermelha e o nome de outro prefeito que construíra o lugar. Não havia fila de gente, tampouco pacientes aguardando nos bancos de madeira. Só um ou outro funcionário todo de branco assistia à novela vespertina. Meu susto foi com a história do “assassinato” que eu já ouvira minutos antes no barco vindo de Breves. Será que uma cidade tão pequena e pacata tinha casos tão violentos? Por que Saci me dava logo essa informação de entrada? Queria me assustar ao revelar os limites de trânsito e comportamento na cidade? Ao mencionar a violência, tentava colocar Melgaço no quadro do que localmente era considerado como “cidade grande”, como Breves e Portel ou apenas passava adiante a fofoca mais recente que circulava?

Depois, passamos ao lado da escola *Tancredo Neves*, um pequeno prédio na forma de “U”, com janelas e portas pintadas de azul escuro. Crianças estavam dentro das salas de aula que contavam tanto com ventiladores quanto com paredes baixas, que não se ligavam ao teto – estratégias para atenuar o calor equatorial. Até aqui, havíamos passado por ruas calçadas. Depois da escola, tomamos um caminho bem mais largo, cheio de mato e de areia. A um lado, uma garagem com trator e caminhão e o tímido cemitério, do outro lado, as casas com as quais eu já me familiarizara na viagem desde Belém. Pequenas casas de madeira, cobertas de palha de *buçu* ou telhas de eternit, jiraus e poços d’água à frente e algumas plantas medicinais

e flores ornamentando a entrada dos terrenos que, quase nunca, eram definidos com grades ou cercas.

1.2.1 Chegada à casa anfitriã: Primeiras impressões

Na última rua, ao lado de uma grande caixa d'água de concreto, Saci parou. “Ali é a casa da velha”, apontou. Uma típica moradia da região, como eu acabo de descrever. No *jirau* à frente, uma senhora bastante enrugada, com cabelos brancos em desalinho e vestida com roupas remendadas a pontos largos estava sentada com um ar entristecido e alheio. Depois de me apresentar, ela disse: “Ah, você é a moça que a Dina está esperando. Hoje, ela tá pro *centro*. Deve voltar no final da tarde”. Saci inflacionou o preço, como era esperado, e eu negocieei. Ele deixou minhas coisas sobre o *jirau* e foi buscar outro cliente. Me sentia constrangida de chegar sem que a anfitriã estivesse em casa. Pensei em ir até o “centro” para tentar procurá-la, mas eu havia entendido exatamente o contrário. *Centro* não é a praça central, rodeada pela prefeitura, a igreja matriz e a sorveteria. Primeiro, que ali em Melgaço a “praça” (no sentido que eu conhecia de tantas cidadezinhas pequenas do país) era na beirada do rio. E, segundo, para eles, *centro* é a roça, o *terreno*, o *retiro* onde várias famílias de Melgaço plantam sua mandioca e torram a farinha, colhem frutos da floresta como açaí, bacaba, caju e ingá, mantêm alguns cultivos (tomate, maxixe, cheiro verde, melancia), *merendam* no pomar (goiaba, laranja, abacaxi, limão) e caçam pequenos animais silvestres para complementar o jantar (preá, cotia, camaleão, preguiça, macaco). Distante a alguns poucos quilômetros da cidade, é no *centro* que muitos passam o dia na labuta agrícola, voltando só de noite para o jantar. Muitos da cidade tiram seu sustento da agricultura, da criação de toda sorte de *serimbabos* (e.g., galinhas, patos, mutuns) e, menos freqüentemente, de hortas e quintais no fundo das casas. Eu descobria, então, que D. Dinorá não era só mãe, parteira e dona-de-casa, mas mantinha sua roça de subsistência, vendia *bombons*²⁸ ali mesmo na sua casa e, como depois me explicaria, por muito tempo havia “limpado e cozinhado” para algumas senhoras da *frente*.

D. Neidinha, como vim a saber, era a mãe octogenária de D. Dinorá. Também fora parteira e, à época da pesquisa, vivia com a filha, ali mesmo, num *puxadinho* de poucos metros quadrados que fora feito ao lado da casa especialmente para ela. Nas quase duas horas que ali passei sentada, D. Neidinha me adiantou espontaneamente vários dos conflitos

²⁸ *Bombons* não são só as iguarias de chocolate, mas sobretudo balas, pirulitos, chicletes, caramelos etc.

domésticos que eu iria conhecer aos poucos durante minha estada. Para meu espanto, seu discurso era bastante crítico em relação à filha e sua família: Dinorá não lhe tratava tão bem quanto sua outra filha com quem vivera em Portel; Dinorá e seu marido Bola se indispunham sobre as despesas com comida; Dinorá passava tempo demais *na rua* cuidando de suas pacientes etc. Revelar de supetão o que, para mim, consistiam em “intimidades” familiares não era o que eu esperava na chegada à uma casa. (E, claro, aos poucos a idéia de “intimidade” se relativizaria para mim). Não somente seu discurso desanimado me fazia desconfortável. Durante seu desabafo verborrágico, eu aproveitava para observar com reservas a casa onde eu moraria nas próximas semanas. Ali fora, em todo quintal que circundava a casa, eu via sacos plásticos, pedaços de papel, cascas de frutas, chinelos velhos, latas enferrujadas. Por mais que eu tivesse visitado e conhecido lares pobres, aquele superava minhas referências. Bates, Spix e Martius me acalentaram um pouco por terem notado cenário semelhante quando nesta região marajoara. Neste momento, eu também incorria em etnocentrismos, basta notar a semelhança entre trechos dos viajantes e logo abaixo, um trecho de meu diário de campo, escrito nestes primeiros dias assustados de novembro de 2004:

Era igualmente impressionante a mistura das riquezas naturais e da pobreza humana. As casas, quase todas, estavam em ruínas notando-se, por toda parte, sinais de indolência e desleixo. As cercas de madeira, que separavam os jardins cheios de mato, tinham sido quebradas e espalhadas a esmo. Porcos, cabras e galinhas magras andavam à toa, entrando e saindo pelos rombos. Mas no meio de tudo isso, compensando todos os senões, erguia-se a deslumbrante beleza da vegetação (Bates, 1944: 33-4).

[Índios e negros], formando numerosa classe do povo na província do Pará, vivem meio civilizados, sem conhecimentos, nem instrução, nem ambição, e apenas ganham para as suas poucas necessidades, nas quais figuram, como principal papel, o “dolce far niente”, a cachaça e mulheres. As águas muito piscosas, o pedacinho de terreno fértil em volta da palhoça, dão-lhes o necessário, sem que muito se esforcem; passam assim descuidados o tempo. (Spix e Martius, 1981 [1821-1831]: 19).

Vejo as pessoas sem a menor vontade de trabalhar, deitadas na rede o dia todo. Homens jovens e fortes que nada fazem e deixam sua família passar fome. Bebês subnutridos, grávidas com anemia, homens bêbados, violência familiar, lixo por toda parte. É uma realidade tão horrível. Quando eu aqui cheguei, a primeira coisa que Seu Bola, marido da parteira, me disse foi, “Nós somos pessoas carentes. Então, não vai reparar”. Por que essa miséria? Será falta de vontade de trabalhar dessa gente? Será falta do Estado? Será um problema histórico-estrutural? Por que não puxam água do rio e criam hortas e frutas? Por que não há uma política de incentivo à agricultura familiar, de fundo de quintal? Por que os imigrantes europeus, que vieram sem eira nem beira e desconheciam as condições naturais do Brasil, conseguiram vencer no sul do Brasil? Por que eu tendo a essa comparação, que reconheço ser tão comum e estereotipada? Eu já visitei tanto lugar pobre, mas aqui falta dignidade pessoal,

vontade de melhorar, esforço. Reina uma bagunça completa na casa, as coisas vão se amontoando desordenadamente. Mesmo tendo pouco, poderiam arrumar a casa, jogar fora o que está velho, empoeirado e imprestável, varrer e limpar. Não sei, sinto-me perdida... Não entendo a ordem das coisas, a lógica local... São meus preconceitos, eu admito. (Diário de campo, doravante DC, 19/11/2004).

Com o tempo, eu aprenderia um pouco mais sobre o valor, o momento e os protagonistas do trabalho, em seu sentido econômico e de subsistência. “Fome”, “lixo”, “pobreza”, “bagunça” seriam idéias que eu relativizaria à medida que eu compreendesse seus sentidos locais e deixasse minhas lentes originais um pouco de lado. Mas, neste primeiro momento, eu questionava três aspectos: minha capacidade de adaptação, a relação íntima e silenciosa que foi traçada historicamente entre antropologia e sacrifício pessoal, a qualidade dos dados que eu conseguiria levantar em um cenário tão penoso.

No final da tarde, D. Neidinha e eu vimos um casal vindo da direção do pôr-do-sol. Ele, de shortes surrados, camiseta amarrada na frente e chinelas, vinha pedalando uma bicicleta sem freios e com um grande saco de farinha na garupa. Era seu Bola, segundo esposo da parteira. A pé, vinha D. Dinorá, uma mulher morena, na casa dos 60 anos, barriguda e baixinha carregava uma enxada e outra sacola com farinha. Só depois do banho de caneca com água do poço, eu conseguiria distinguir os traços desta senhora. Uma mulher com olhos pretos rodeados por vincos, cabelos muito lisos e longos até a cintura (mas que viviam presos por um pente num coque alto) e um par de dentaduras que abriam com frequência num sorriso morno ou numa risada contagiante. Nunca a vi de calças nem com sapatos que não fossem chinelos. No dia-a-dia, a parteira usava saia abaixo do joelho, camisetas de antigas campanhas políticas sem sutiã por baixo e, quando saía para atender, levava debaixo da asa uma pequena bolsa preta (que parecia uma *nécessaire* de viagem mas que continha algodão, tesoura, gazes etc.) e a neta Anita com 10 anos à época. Esta não só era sua companheira assídua como provável sucessora e se tornaria também para mim agradável e mimosa companhia tanto para me mostrar a cidade, explicar como chegar à casa de alguma parteira e corrigir os nomes dos personagens que ela lia na tela do meu *lap top* enquanto eu escrevia os diários de campo, quanto ao me pedir ajuda em seus deveres de matemática ou para ler contos de fada na hora de dormir, cada uma na sua rede, dentro do mesmo e pequeno quarto. Com Anita, eu descobriria o valor das crianças no trabalho de campo, não só como generosos informantes e guias-mirins, mas como amigas lúdicas e menos exigentes do que aquelas que travei com adultos. Como vários antropólogos já comentaram, as crianças logo percebiam e aceitavam o fato de eu estar em constante aprendizado.

Mas, evidentemente, esta relação um pouco mais confortável entre D. Dinorá, Anita e eu foi sendo construída ao longo de minha permanência, à medida que elas foram entendendo o que eu desejava conhecer e que eu fui aceitando a “agenda” de atividades domésticas e de visitas que me propunham. Assim, pouco a pouco, conhecíamos as expectativas de ambas as partes. Ressalto isto porque a relação só evoluiu, a meu ver, quando eu consegui suplantar um pouco dos meus estranhamentos em relação à casa e à família desta parteira que me hospedava (e imagino que vice-versa). Naqueles primeiros dias, percebi que o lixo não se restringia ao quintal. Na sala, eu via um banco de madeira, redes suspensas esperando a hora de dormir, uma máquina de desencaroçar açaí e outra de costura e uma televisão velha (que, no momento em que era ligada e toda família se reunia, o Jornal Nacional era quase impossível de entender dada a quantidade de ruídos e riscos). Na sala e também no resto da casa, havia sacos plásticos e objetos velhos “socados” pelos vãos entre as telhas e as toras que lhes sustentavam. No único quarto, onde a parteira, sua neta e eu pendurávamos nossas redes para dormir, havia também um estrado (que não era usado como cama, mas como suporte para guardar caixas, roupas, papéis, livros), algumas prateleiras suspensas e uma cômoda, que vivia trancada para evitar que bens preciosos “sumissem”. As teias de aranha e poeira formavam ninhos de sujeira pelos cantos das paredes e as roupas eram amontoadas entre sujas e limpas por cima das redes, prateleiras e estrado. Na cozinha, havia um grande baú de madeira construído especialmente para *chavear* a comida e uma geladeira que só levemente resfriava os alimentos mas há muito não mais os conservava. A pia era na forma de *jirau*, isto é, consistia de ripas de madeira pregadas com folga e levemente inclinadas para que a água escorresse ao lavar os pratos e se depositasse numa vala onde os patos comiam os restos de comida. Mas a bucha de lavar louças estava ali há meses, eu supunha, e não mais conseguia tirar a gordura dos pratos. O lugar onde nos banhávamos, na saída da cozinha, era um espaço improvisado com um grande plástico que garantia alguma privacidade e um tanquinho estragado onde se armazenava a água para o banho.²⁹ E o que mais me provocava náuseas no início de minha estada era o fato de que toda a casa estava suspensa, uns dois palmos ou mais do chão, sobre um galinheiro. Assim, restos de comida desciam para a *criação* que vivia sob nossos pés e também o cheiro destes bichos subia para nossas narinas. Só depois eu fui

²⁹ Da segunda vez que fui para a cidade, D. Dinorá tinha recém reformado o espaço da cozinha e do banheiro. Um carpinteiro lhe construiu um pequeno cubículo de madeira onde tomávamos nossos banhos, com mais privacidade e com a água que era sempre abastecida num tonel de plástico. Com isso a cozinha ficou mais espaçosa. A ajuda de custo de R\$300 que D. Dinorá ganhou num curso para parteiras do qual participou em Belém lhe possibilitou esse investimento.

perceber como as galinhas eram importantes não só para reciclar os restos de comida, como para proteger a casa de insetos e cobras, bastante comuns naquela região amazônica.



Novo banheiro da casa.



Nívea e Maria Auxiliadora, duas filhas da parteira, posam dentro da cozinha. Ao fundo, o jirau (pia), à direita, o extanquinho de lavar roupa agora usado como recipiente de água e, à esquerda, o fogão.



Sala da casa. À esquerda, suporte para a televisão e, à direita, o batedor de açaí sobre a bancada de madeira. A bicicleta, de D. Dinorá, era usada por todos da família, conforme a necessidade.

Detalho este cenário porque meu esforço de relativismo não se limitava ao fato de eu ter que aprender a viver ali, mas sobretudo para entender um pouco da lógica local de “higiene”, tema que sempre esteve a pautar (para não dizer evitar) a relação entre os profissionais de saúde e as parteiras. A “falta de higiene” é uma das principais justificativas usadas para sustentar a necessidade dos treinamentos a elas destinados. Esta casa era tida como “desorganizada” e “suja”? Ou esse questionamento só refletia meus estranhamentos? Como D. Dinorá podia ser uma das parteiras mais conhecidas, respeitadas e *contratadas* de Melgaço e manter a fama de nunca ter perdido uma parturiente se vivia “nesta casa”? Os mesmos padrões de limpeza e sujeira são compartilhados por todos na cidade? Minha idéia de “higiene” equivale à mesma que médicos, enfermeiras e parteiras esperam de um “parto seguro e limpo”? Será que aqui eu esbarrava muito mais em questões e delimitações de classe do que no mérito técnico da prática obstétrica? Certamente, conviver diariamente com D. Dinorá e sua família foi fundamental para eu começar a entender que tipo de estranhamentos pode ter um representante da fatia escolarizada e urbana do centro-sul do país frente a uma parteira. Pensava também se esses mesmos estranhamentos não estariam a informar um imaginário

básico que constitui o olhar que o sistema de saúde oficial lança sobre elas e, por outro lado, como elas próprias lidam e se utilizam desse olhar.

Como D. Dinorá não me respondeu se preferia que eu retribuísse a hospedagem em dinheiro ou espécie, preferi ir comprando algumas coisas para ajudar na casa e na alimentação diária. As primeiras e simples providências foram comprar novas buchas para a cozinha, lavar as panelas, pratos, talheres e copos antes de usá-los e oferecer para fazer o almoço dia sim dia não. Era difícil admitir, mas eu precisava “higienizar” minimamente aquele espaço para que eu pudesse ali viver. Difícil sobretudo porque soava similar a tantas iniciativas autoritárias e colonialistas (e.g. Mendonça, 2004; Comaroff e Comaroff, 1997) e tantos relatos etnocêntricos de viajantes pela Amazônia (Agassiz *apud* Santos, 2005; Spix e Martius, 1981 [1821-1831]; Bates, 1944). Mas era também uma forma de eu colaborar com o orçamento doméstico e conseguir compartilhar as refeições com a família – dois aspectos esperados dos membros adultos da casa. Mas não conseguiram que eu me adaptasse ao açaí que era despulpado e misturado com farinha toda noite para acompanhar peixe, frango ou mortadela frita. O fato de ter conhecido a fruta nas lanchonetes de academias e praias, onde vem acompanhada de mel, granola, banana e xarope de guaraná, impedia que meu paladar a aceitasse na versão salgada.

Minimamente superados meus problemas logísticos, D. Dinorá e eu começamos a “trabalhar”. Logo na manhã seguinte à minha chegada, ela explicou nossas atividades: encher o tanquinho para os banhos matutinos, tomar um gole de café, visitar uma moça recém-parida e ir até a casa de duas parteiras da cidade. Assim se sucederam os meses que passei em Melgaço: todos os dias eu lhe acompanhava em sua rotina pelas casas de mulheres *buchudas*, em trabalho de parto e no resguardo. E, como presidente da Associação de Parteiras Tradicionais de Melgaço, ela se incumbiu de me apresentar a todas as outras 21 parteiras que viviam na sede do município. Depois me explicaria que, caso não adotasse essa medida, lhe criticariam por monopolizar a *moça de fora*.

D. Dinorá chamava essas *pernadas* pela cidade de *voltas*. Aos poucos, lhe acompanhando no que denomino de “voltas clínicas”, fui conhecendo um pouco mais da cidade, de seus ritmos e rotinas. Melgaço acorda muito cedo. Seu Bola, esposo da parteira, e todos aqueles que trabalham no *centro*, se despertam bem antes do sol aparecer. Às 4 ou 5 horas da manhã, já é possível encontrá-los na *estrada* que leva até os sítios. De bicicleta ou a pé, levam a *merenda* (geralmente, pão, biscoitos, café ou água gelada e, às vezes, charque, peixe e/ou arroz para cozinhar uma refeição lá mesmo na *casa de farinha*) e os instrumentos de trabalho (*terçado, paneiro, peneira* etc.). São os homens, adultos ou adolescentes, que mais

se ocupam da terra, principalmente na etapa de limpeza do terreno e no fabrico da farinha. Mas eu também via mulheres deixarem suas casas, bebês e afazeres com uma irmã ou cunhada para acompanharem seus maridos e filhos, maiores. Elas tendem a se responsabilizar pelo cuidado mais regular dos cultivos.

Em casa, levantávamos pouco depois das 6h da manhã. D. Dinorá alimentava suas *criações*, puxava água para a cozinha e o banheiro e deixava ordens – lavar a casa e a roupa e fazer almoço – para os três netos adolescentes que *criava*. Dividíamos um pouco de pão e café e partíamos para as visitas. Quando chegávamos às casas de outras mulheres, já perto das 7 horas, elas haviam repetido tarefas semelhantes. E, àquela hora, poderiam estar alimentando, banhando e vestindo os filhos que iam para escola ou pré-escola na parte da manhã. Ou então, varrendo a casa e o terreiro, limpando o peixe para o almoço, batendo uma roupa na tina de alumínio. As crianças, mesmo as menores, ajudam as mães na lida diária, debulham urucum, carregam baldes d'água, lavam pratos, catam feijão, *reparam* os irmãos menores etc.

Se, por algum motivo, chegássemos um pouco depois das 9h, era difícil encontrar as mulheres em casa. A essa hora, possivelmente estariam a cargo de algumas das seguintes atividades: passar no mercado para comprar ou *afiar* um pouco de carne de segunda, ir ao correio para enfrentar filas e receber os *benefícios* (e.g. bolsa família, bolsa escola, auxílio gás), à *unidade* para tentar conseguir uma *ficha* e se consultar ainda naquele turno ou apanhar os *exames* (e.g. vermes, preventivo, sangue), ao *postinho* para levar um filho com *febre* ou *tosse*, na prefeitura para tentar alguma *ajuda* no custeio de uma viagem até Breves, ao poço da rua para abastecer os baldes da casa etc. Durante as manhãs, havia muito por se fazer e, se não chegássemos cedo, essas mulheres só estariam disponíveis depois que almoço, calor intenso e cochilo já tivessem acontecido. Só de tardinha Melgaço reavia sua vitalidade nas ruas e espaços públicos. Assim, se eu tivesse chegado à cidade de manhã ou no final da tarde, minha primeira impressão teria sido bem menos desoladora.

Geralmente, D. Dinorá tinha que visitar uma ou duas mulheres por manhã, suponhamos uma de resguardo que precisava ter o umbigo do bebê checado e uma outra mulher que chamara a parteira para lhe *puxar* a fim de definir se estava ou não grávida.³⁰ Depois, eu lhe acompanhava em atividades muito semelhantes àquelas que acabo de descrever acima: mercado, *unidade*, prefeitura, vizinhos etc. Eu ou ela comprava uns dois quilos de *pescada* ou *filhote* (peixes mais comumente vendidos na *beira*) e, junto com seus netos, fazíamos o almoço. À tarde, quando a cidade se aquietava, D. Dinorá e tantas outras mulheres

³⁰ A *puxação*, prática comum em toda a Amazônia, será o foco central do Capítulo 2.

ficavam em casa e, quando eu me aventurava até a prefeitura para usar a Internet, eu podia vê-las nos *jiraus*, dormindo nas redes com os pequenos rebentos, costurando ou cerzindo roupas, catando piolhos nos longos cabelos das filhas, fazendo alguma peça em crochê. No *centro*, a ordem era idêntica: na metade do dia, repousavam do trabalho e esperavam o calor abrandar. Só adolescentes corajosos caminhavam sob este sol forte nos finais de semana. Iam até a *beira* ou até o porto do Moconha para, de bermudas compridas no caso dos rapazes e de shorte curto e sutiã no caso das moças, tomar banho e se divertir no rio.³¹

E, ao final da tarde, tudo se reanimava. As crianças voltavam das aulas e procuravam companheiros para andar de bicicleta, jogar futebol ou catar cajus ou ingás. As moças tomavam banho, colocavam suas curtas saias e tops de lycra e saíam juntas para passear até o *trapiche* e *espilar* um possível pretendente que trabalhava num bar ou em algum barco. Nos sábados, principalmente, *passear de tarde* era uma atividade lúdica e simbólica: pais exibiam a roupa nova comprada com dificuldade para a nova bebezinha da casa, uma adolescente mostrava o *piercing* que tinha feito na semana anterior em Breves, as moças balançavam a vasta e longa cabeleira negra, devidamente tratada com caros xampus. Nos dias da semana, neste final de tarde os agricultores voltavam do *retiro* e tudo que queriam era, nessa ordem, banho, janta e rede. Antes de ir para aula, D. Dinorá prestava, se necessário, uma última visita do dia.³² O cair da noite em Melgaço era, para mim, o momento mais bonito: a baía se turvava de cobalto, o céu se matizava com raios rosáceos do sol, as cores ficavam mais distintas e frescas. As famílias se reuniam para papear à porta de casa, a comida atraía vizinhos e agregados e os causos e risos alegravam a todos.

Depois que a parteira ia para aula e tudo ficava escuro na cidade, eu me recolhia ao diário de campo. Não participava, portanto, do próximo turno em que moças e rapazes, nem sempre solteiros, nem sempre monogâmicos, terminavam as aulas e se encontravam na orla, num bar ou *no mato*, como os mais velhos costumavam recriminar. Sobretudo nos finais de semana, o clima de sedução, bebida e *aparelhagem* tomavam a parte da *frente* de Melgaço. De manhã e nos próximos dias, ouviríamos as fofocas sobre os que chegaram muito tarde e/ou bêbados em casa, quem dormiu com quem, quem se assustou porque a menstruação não *desceu*, quem *roubou* a mulher de quem, quem e porque apanhou de quem etc. E, como fui

³¹ O trapiche a frente da cidade, onde eu cheguei, é usado por embarcações menores. Me foi explicado que, dada a parca profundidade desta porção da baía, fora construído, a uns três quilômetros adiante, um segundo porto, o do Moconha, para os grandes barcos de linha.

³² D. Dinorá, influenciada pela sugestão apresentada nos cursos de treinamentos e contando com sua boa circulação entre as autoridades da cidade, conseguiu convencer o Secretário Municipal de Educação de que as parteiras precisavam ler e escrever melhor e, em resposta, conseguiu que uma professora fosse destacada para oferecer aulas ao grupo interessado. Em 2005, a turma estava terminando a segunda série primária, onde a maioria havia abandonado ainda na infância. Todas as noites, ela comparecia à aula de 19 às 21h.

entendendo aos poucos, todos esses assuntos, de uma forma ou de outra, esbarrariam no trabalho das parteiras, como veremos ao longo desta tese.

1.3 Fragmentos de uma história de Melgaço

Esta tese pretende apresentar uma abordagem etnográfica do trabalho das parteiras melgacenses. No entanto, nesse capítulo etnográfico inicial, julgo ser importante oferecer ao leitor um pano de fundo um pouco mais diacrônico, para aconchegar e relativizar um pouco o foco do que aqui será a tônica, isto é, uma micro-sincronia das dinâmicas sociais dessas personagens na cidade. Além disso, resgatar nuances da história da cidade e da região é relevante por outros dois motivos, mais teóricos. Primeiro, notaremos que há muitas semelhanças entre os fluxos migratórios, as relações políticas, as atividades econômicas, a oferta de trabalho em Melgaço e em outras cidades da região. Mas isso não quer dizer que Melgaço sirva como um “caso” representativo do Marajó. Melgaço pode até ilustrar alguns fenômenos, mas é justamente nesse contraste que seus limites e particularidades assumem tons mais fortes. Estes fragmentos históricos podem oferecer *insights*, pistas, provocações. Quero dizer que não pretendo alçar a cidade a um protótipo, um exemplo, um caso típico (como Ginzburg, 1986, e Mintz, 1960, por exemplo, já nos alertaram em seus estudos sobre um único personagem, uma única localidade). Ao mesmo tempo, relacionar Melgaço com seus vizinhos e dentro da história do Pará é evitar que essa tese se transforme em um “estudo de comunidade” (Cf. Alvito e Zaluar, 2006). Ao pensar a região sul-marajoara, concentrar-me não apenas nos fatos melgacenses é uma tentativa de estabelecer laços, produzir um retrato um pouco mais amplo e, assim, evitar enclausurar Melgaço em si mesma e correr o risco de confirmar os estereótipos que vêm, há tanto tempo, atribuindo “isolamento”, “atraso”, “passividade” aos povoados amazônicos. Como veremos, Melgaço, até aqui, tem considerado intensamente (não sem ambigüidades) sua relação tanto com as cidades próximas, quanto com a capital, o resto do Brasil e o exterior.

Peço licença para optar, num primeiro momento, por apresentar estes fragmentos de forma cronológica e, por isso, bastante ortodoxa. Uma seqüência de fatos, idéias e opiniões nos cercarão de alguma familiaridade com as narrativas que vêm se cristalizando na região. É bom lembrar que não pretendo conferir aqui nenhum status de “verdade absoluta” a essa cronologia porque, como já é amplamente sabido, novos dados são apresentados constantemente, sempre revendo e enriquecendo essas narrativas. Ao final dessa seção, gostaria de acrescentar alguns comentários breves sobre a cronologia, com o intuito de realçar

algumas idéias que me parecem caras ao momento em que essa pesquisa foi realizada. Assim, creio que o pano de fundo diacrônico se dará pelo alinhavo entre passado e presente, dotando de sentido, portanto, o contexto físico-histórico que pretende ser o foco do presente capítulo. Se no início, eu elegi algumas obras de historiadores do Pará e de viajantes que passaram pela “região dos furos” para refletir sobre o transcurso de entrada no Pará, de Belém até Melgaço; agora, meus interlocutores serão, principalmente, o historiador Agenor Pacheco, da PUC de São Paulo, e o geógrafo Helio Baia, da UFPA, ambos melgacenses, e as cientistas sociais, Maria Clarice Leonel e Ivone Corrêa, da Universidade da Amazônia (UNAMA). Estes autores foram escolhidos porque tratam, especificamente da história de Melgaço, foco nesse momento de afunilamento do capítulo.

Como já mencionado acima, os primeiros povoados amazônicos surgiram em áreas já habitadas por populações indígenas. Os missionários jesuíticos aproveitaram as concentrações pré-existentes para atrair mais famílias indígenas e engordar as aldeias. Melgaço, como outros lugarejos marajoaras no século XVII, foi ocupada pela Companhia de Jesus. Em 1653 (Pacheco, 2004: 51) ou 1661 (Baia, 2004: 24), o padre Antonio Vieira “conquista” as terras onde os grupos aruãs ou nheengaíbas viviam (Pacheco, *ibid*) com os objetivos de colonizar e catequizá-los: “As aldeias missionárias implantam o embrião da rede urbana dendrítica e terão como pilar de sustentação econômica a obtenção desse extrativismo de produtos florestais” (Correa *apud* Baia, 2004: 21). E o lugar foi batizado, num primeiro momento, com os nomes das aldeias autóctones. Há registro das seguintes variações de nomes: Aguaricucus, Uarycuru, Guarycuru, Arycuru (Pacheco, 2004: 51), Aricury (Cruz, 1960: 132), Arucará (Spix e Martius, 1981 [1821-1831]: 77).

E já foi nessa época que a primeira igreja do local foi erguida (e depois seria reconstruída mais duas vezes, uma pelos cabanos, na década de 1830, e outra, por volta de 1973, Braga e Longo, 2002: 75), em devoção ao São Miguel Arcanjo. Segundo os historiadores e moradores, esta igreja foi uma peça central na atração de habitantes, autoridades e urbanidade, “como a maioria das cidades ribeirinhas do Marajó e da Amazônia se configurou em torno da presença de uma igreja, refletindo a política de colonização européia” (Baia, 2004: 24). Particularmente, acho interessante que, mesmo sem a continuidade dos jesuítas no lugar, a igreja de Melgaço tenha centrado tantos elementos de sua identidade. Depois de ser erguida, sua presença vem atraindo muitos viajantes, clérigos, pesquisadores.³³ Como veremos adiante, o santo não só deu um dos nomes à cidade, mas

³³ Por exemplo, Ana Cristina Lopes Braga e Filomena Mata Vianna Longo, arquitetas da UNAMA, realizaram há pouco estudo sobre a igreja de São Miguel (In Correa e Leonel, 2002).

também proteção como padroeiro, motivo para festas anuais e todo um alento espiritual ao prever e explicar fenômenos a princípio intraduzíveis.

Melgaço seguiu padrões semelhantes das “cidades ribeirinhas da Amazônia brasileira [que] foram constituídas (...) nos chamados tempos de desenvolvimento do capitalismo mercantilista. [E sua] organização urbana [teve] o rio como caminho de circulação de fluxos passando a materializar o processo de colonização” (Baia, 2004: 21). Só no século seguinte, em 1757, Melgaço seria elevada de **aldeia** à condição de **vila** (Ferreira Pena, 1973: 108; Correa e Leonel, 2002: 17). Vila “significa uma povoação de categoria superior à de aldeia ou arraial, e inferior à cidade, ou seja: é um conjunto de pequenas habitações independentes, em geral idênticas, sem caráter de logradouro público” (Correa e Leonel, 2002: 74).

Há quase duas décadas como vila, a Carta Régia de 6 de junho de 1775 (Pacheco, 2004: 52), conhecida como a lei pombalina, expulsou as ordens religiosas do Brasil devido a divergências entre padres e colonos (Cruz, 1960 e Reis, 1978). Estes queriam os índios mantidos como escravos ou, ao menos, trabalhadores forçados, enquanto os padres desejavam ver os silvícolas como homens livres. Embora enxotados do Brasil colonial, os governadores da província reconheceram e investiram justamente nesses primeiros povoados urbanos iniciados pelos missionários: “A ação da Companhia Geral do Grão-Pará e Maranhão materializou muitos de seus desejos especialmente com a elevação de aldeias missionárias à categoria de vila, passando a contribuir para o modelo produtivo (...) e passam a ser administradas pelos subalternos civis ou militares da coroa portuguesa” (Baia, 2004: 24). E, como uma medida para reafirmar essa reapropriação, os governantes decidiram aporuguesar os nomes indígenas de todas as vilas e aldeias. E, com essa medida, ficamos sabendo onde havia missões jesuíticas e concentrações de populações indígenas espalhadas pelo interior do Grão-Pará.

Aqui, esbarramos com uma das primeiras disputas semânticas que formam o imaginário da atual cidade. Encontrei várias explicações para essa escolha do nome da cidade.

- a) “Vários colonos vieram trabalhar na vila e entre eles se destacou o personagem chamado Miguel de Bulhões que morava em uma freguesia de Portugal chamada de Barão de Melgaço. Esse personagem, provocado por sentimento de amor e saudade de sua terra natal, resolveu batizar a vila com o nome de Melgaço” (Correa e Leonel, 2002: 17). Segundo Cruz (1960: 132), esta teria sido uma homenagem a uma cidade portuguesa homônima de 1170, fato que revela como havia intenso intuito de manter e fortalecer os laços e identidade com a metrópole.

- b) “Pelo fato de chamar-se o líder cabano Miguel Cardozo de Siqueira e ser fervoroso devoto de São Miguel Arcanjo, foi definitivamente oficializado o milagroso santo como padroeiro e o nome de Melgaço em homenagem a uma Província de Portugal, aliás, terra natal do colono português” (Gabriel Moura *apud* Pacheco, 2004: 52). E, por muito tempo, a vila se chamou São Miguel de Melgaço.
- c) “O primeiro morador de Melgaço chamava-se Miguel e era de nacionalidade portuguesa, como bom católico, depois de fazer seu barracão, ligado neste, mandou fazer uma capela colocando ali uma imagem do anjo Miguel e no dia do seu aniversário mandou convidar um padre para benzer sua casa e a capela e celebrar uma missa. Na frente do seu barracão havia colocado a seguinte inscrição: Meu Regaço. Quando o sacerdote foi benzer o barracão e a capela corrigiu o nome para Melgaço, porque o padre sabia que em Portugal existia uma vila com esse nome” (Manoel Mamede *apud* Pacheco, 2004: 52).
- d) “São Miguel foi um santo achado no local onde erigiram a igreja. Outros dizem que o que foi achado era um corpo santo que foi mandado para Roma e de lá o papa enviou uma réplica que atualmente a população cultua. Ainda sobre o local onde a cidade nasceu, aparece, nesses depoimentos, a história de que os antigos moradores tinham a pretensão de construir Melgaço do outro lado das margens da baía, na localidade chamada Pacoval. Várias vezes tentaram levar de barco o santo para aquele lugar, porém, assim que o barco chegava no meio do rio o motor pifava e eram obrigados a retornar para a vila. Essas tentativas aconteceram várias vezes, até que um dia conseguiram, mas quando aquele dia passou, os moradores perceberam que o santo havia desaparecido. Ao retornarem a Melgaço, lá o encontraram novamente. Foi então que decidiram ali construir a igreja da matriz e começar o povoamento do lugar, já que aquele fora local escolhido pelo arcanjo Miguel” (Pacheco, 2004: 52).
- e) “Mel” viria da produção apícola e “gaço” do bagaço da cana-de-açúcar. “Alguns moradores fazem alusão à existência de um grande engenho de cana-de-açúcar, que teria sido de propriedade de um coronel Francisco Severiano de Moura, dono de enormes extensões de terras, gado e patrão de um grande número de trabalhadores envolvidos nas atividades do engenho” (Correa e Leonel, 2002: 17-8).
- f) “Houve uma disputa entre os índios e os jesuítas para a escolha do nome do povoado. Os índios queriam Aricuru e os religiosos Relgaço. Depois de variadas teimas e com a chegada dos colonos portugueses, mudaram de Relgaço para Melgaço” (Celeste Nogueira *apud* Pacheco, 2004: 52).

Na primeira e segunda explicação, parece haver uma disputa pela origem e filiação de um sujeito que aporta na vila. Na primeira, ele é um colono, enquanto que, na segunda, ele é um líder cabano. Mas pode haver uma distância temporal grande entre as duas referências, já que os *colonos* foram ocupando a Amazônia durante séculos XVII e XVIII e a Cabanagem só explode na década de 1830. É interessante, contudo, que sejam homônimos. A terceira narrativa não se opõe às duas anteriores, mas as complementa. Miguel já passa ao status de

“primeiro morador” do lugar, desconsiderando os jesuítas e indígenas que ali habitavam há várias séculos. Mas aqui, ficamos sabendo que ele fora batizado segundo seu aniversário, dia de São Miguel. E, além do que, a ele é atribuída a construção da capela que, provavelmente, deu origem à igreja hoje existente. A quarta versão não justifica a escolha por “Melgaço”, mas associa sua instituição ao São Miguel, hoje padroeiro da cidade. Esta última possibilidade reflete a antropomorfização do santo, estratégia muito recorrente em Melgaço. Soluções para as dificuldades e prenúncio de acontecimentos são esperados do santo protetor (como será visto em exemplos adiante). Não acredito que seja por acaso que a origem do nome coincida com o momento em que se dá a transição de aldeia para vila. Como dito, estas quatro primeiras histórias se complementam.

Já na quinta, aludir a Severiano de Moura significa transferir a origem do nome para 1918, quando ele se tornou um dos primeiros intendentos de Melgaço. Mas sabemos que os engenhos de açúcar já haviam se espalhado com sucesso pelo norte brasileiro desde o século XVIII (Cruz, 1960). E, por fim, a última informante nega qualquer influência portuguesa no nome, mantendo a disputa entre os habitantes da época. O que não fica claro é a razão de trocar o nome, já que, segundo as fontes, essa foi uma imposição da metrópole justamente para reforçar a expulsão dos jesuítas.

É importante lembrar que todas essas versões foram recolhidas pelos pesquisadores (Pacheco, 2004 e Correa e Leonel, 2002) entre os moradores de Melgaço. A escolha do nome talvez permaneça como um segredo sepultado no passado, mas a disputa pela sua explicação é contemporânea e nos informa sobre as idéias e valores selecionados pelos moradores do lugar para se auto-representar. Além disso, a profusão de versões para o nome da cidade também ilustra como o “nome” de um lugar é um primeiro e fundamental passo na luta por dotar-lhe de sentido (como já bem nos lembrou Foucault, 1995).

Desde sua ascendência à vila³⁴, em 1757, e até o início do século XIX, Melgaço alçou papel central na região. Em 1758, ela ganhou mais destaque ainda porque “chegou a Cabeça de Comarca e, nessa condição, passou a ter, sob sua administração, os municípios vizinhos de Breves e Portel” (Correa e Leonel, 2002: 18). Segundo Spix e Martius (1981 [1821-1831]), em 1820, ela possuía 1750 habitantes, mais do dobro de sua vizinha Portel e, neste mesmo censo apresentado pela dupla, Breves sequer aparece.

³⁴ Em termos geográficos e simbólicos, parece que havia uma hierarquia urbana. Comarca é uma “circunscrição judiciária, sob a jurisdição de um ou mais juízes de direito” e pode compreender várias vilas, freguesias e aldeias. Depois, teríamos uma vila, que é uma “povoação de categoria inferior a uma cidade, mas superior a uma aldeia”. E, por fim, uma freguesia que, “nas províncias e cidades de Portugal, [era] a menor divisão administrativa”, e geralmente em razão de um “agrupamento paroquiano” (Houaiss).

Mas, por volta de 1836, Breves havido suplantado e se emancipado de Melgaço e “mesmo na condição de vila, Melgaço passou a fazer parte do município de Breves” (Correa e Leonel, 2002: 18). Assim, as relações de força se invertem por completo já que, em 1850, Melgaço “perdeu predicamento de vila e freguesia, ficando como capela filial anexa à de Breves” (Ferreira Pena, 1973: 108). E este viajante mineiro explica que “em 1850, a nova povoação [de Breves] aumentava com muitos habitantes de Melgaço e de outros lugares que para ela se mudavam e mereceu ser elevada à categoria de freguesia” já que, a partir de 1834, “os seringueiros para ali eram atraídos pela abundância da borracha” (Ferreira Pena, 1973: 106).

Esta tendência só mudou quando, algumas décadas depois, a seringa passou a ser explorada também em Melgaço. E, numa nova reviravolta, em 1856, ela voltou a ser vila e, inclusive, elevada à cabeça de comarca (Pacheco, 2004: 53). Isto significou ter a vila de Portel rebaixada à freguesia e anexada ao seu território e parte do território da vila de Breves também passou à Melgaço (Baia, 2004: 36). Portel, que a essa época tinha mais ou menos a mesma quantidade de habitantes que a vizinha, só foi elevada à vila no ano seguinte. Melgaço cresceu em território e população, já que migrantes foram atraídos para a indústria de borracha e, em seguida, madeira e palmito (Baia, 2004: 32).

Não é injustificado que nesse tempo Melgaço tenha ascendido. Spix e Martius notaram por exemplo, que, por volta da década de 1850, Belém não era nada auto-suficiente como hoje e dependia, em larga escala, da “indústria” e das matérias-primas do interior (1981 [1821-1831]: 26). Melgaço, Breves, Portel, Oeiras, Muaná eram vilas relativamente próximas da capital e se responsabilizavam pelo seu abastecimento de café, cacau, farinha de mandioca, borracha, castanhas, arroz, milho, algodão, tabaco, cana de açúcar, especiarias (como cravo, baunilha, pimenta, salsaparrilha), redes, óleos vegetais (andiroba, copaíba etc.), madeiras, peixes, caça, peles etc. (*ibid*).

Em Melgaço não foi diferente. As memórias de moradores e os registros de viajantes são unânimes em afirmar que por volta de 1856, quando voltou a ser vila, e até 1930, Melgaço viveu seu apogeu econômico. Destacou-se de suas vizinhas (Breves, Portel, Oeiras, Muaná) pela produção de muito cacau, farinha e redes (Ferreira Pena, 1973: 114-16). Mas, além disso, foram dois os principais motivos para este período alto. Por um lado, mel, açúcar, açúcar mascavo, cachaça e rapadura garantiram a reputação da vila (Correa e Leonel, 2002: 18). E, por outro lado, a vila seguia o destino conferido a toda a região: muitos centros urbanos surgem e abundam com a seringa. Nesse período, “foram instalados, no interior do município mais de 40 barracões para comercializar a produção da borracha” (Pacheco, 2004: 55).

Recebeu considerável leva de migrantes nordestinos que vieram trabalhar na indústria gomífera (Baia, 2004: 32-3). A presença de cearenses e maranhenses será sentida até os dias atuais, gerando contudo resistências dos locais. E em 1900, Melgaço passou a ser “o quinto maior município do estado na escala de produção, perdendo apenas para Breves, Anajás, Cametá e Gurupá” (Baia, 2004: 25). E, “no período de 1900 a 1910, o município de Melgaço esteve entre os 10 maiores produtores de borracha no Pará” (Weinstein *apud* Pacheco, 2004: 80). Neste período, “Melgaço teria vivido a fase mais próspera de sua história” (Pacheco, 2004: 53). A borracha teve efeitos marcantes na região e, no Marajó, contribuiu para “o revigoramento dos centros urbanos e (...) a intensificação dos relacionamentos entre eles” (Baia, 2004: 25). E uma das principais fontes de Pacheco, um livro de memórias deixado por um morador, revela como “prosperidade” era definida – pelos mesmos critérios até hoje usados para avaliar o crescimento na região, como pode ser notado pelas ênfases que conferi ao trecho e que será melhor comentado adiante:

Melgaço cresceu bastante nesta época. (...) Os cabanos haviam deixado muitas benfeitorias nesta vila. Daí, a chegada dos nordestinos, o município de Melgaço chegou a uma fase de apogeu. [Na] década de 20, (...) a maioria das *casas era construída em alvenaria*, o *comércio* bastante ampliado e forte, nas mãos dos *portugueses, judeus, turcos e nordestinos*, etc. mantinha intercâmbio de *importação e exportação com algumas capitais* e também com o *estrangeiro*. Existia uma Capitania (residência de Intendentes), o prédio da Intendência, Fórum, Cartório, três Escolas Públicas, a Igreja-Matriz, Delegacia de Polícia, Engenho de Cana-de-Açúcar, tangido a junta-de-bois, para o fabrico de açúcar mascavo, cachaça, rapadura e mel, de propriedade de meu saudoso pai que também possuía muita *lavoura* e um *estaleiro* para a construção de pequenas embarcações movida a vela e a remo, etc. (Gabriel Moura *apud* Pacheco, 2004: 53-4, ênfases minhas).

Então, no início do século XX, Melgaço tinha casas, *mercantis*, prédios e instituições públicas, agricultura e uma iniciante indústria náutica. Mas a borracha muda esta configuração demográfica paulatinamente. “Nesse contexto, ribeirinhos dos municípios de Breves, Portel e Anajás migraram para o interior do município de Melgaço, na tentativa de se envolverem no corte da seringa. Os raros habitantes que residiam na antiga vila também foram trabalhar nos seringais” (Pacheco, 2004: 55). E, Ferreira Pena notou, em sua passagem pela vila, “que todos os gêneros de alimentação se vendiam por preços muito caros, fui informado de que era isso devido ao abandono da vila pelos negociantes e pela ocupação da seringa que tomava todos os braços” (1973: 105). Quer dizer, se por um lado, a borracha fazia mais divisas circularem pela região de Melgaço, a vila ia, por outro, perdendo seus

moradores, que justamente se interiorizavam para produzi-la. E esse paulatino despovoamento iria se refletir no início do século XX, como veremos a seguir.

Observo com isso que o **trânsito de pessoas**, suscitado não só mas também pelas forças econômicas, é o que eleva e rebaixa o valor das aldeias, vilas e cidades. Esse valor está intimamente ligado às idéias de “progresso” e “desenvolvimento” que encontrei de forma recorrente nesta literatura nos seguintes termos: culturais (artes, jornais, museus etc.), políticos (eleições e candidatos locais, autonomia como vila e depois como município etc.), econômicos (indústrias, comércio, exportação etc.), materiais (urbanização, prédios de alvenaria ao invés de madeira, portos, barcos etc.). Neste sentido de “desenvolvimento”, Breves e Portel, pouco a pouco, suplantaram Melgaço e passaram a representar modelos urbanos a serem seguidos.

Nesta virada de século, a região toda passou pelo que os pesquisadores Pacheco (2004), Correa e Leonel (2002) chamam de “tempo dos intendentess”, autoridades responsáveis especificamente pelas vilas. O primeiro, em 1914, foi Valentim Róseo de Brito (Pacheco, 2004: 55). Depois, entre 1918 e 1926, assumiu Luís Francisco Severiano de Moura. Muito mais controverso, esse senhor de engenhos explorou e monopolizou a mão-de-obra local (*ibid*: 58). A mais grave acusação que lhe dirigem, no entanto, foi, já em 1926, transformar “a vila em campos de criação de gado, o que fez com o que o gado invadissem as lavouras e roças dos agricultores, destruindo-as” (Correa e Leonel, 2002: 19). Quando se mudou para Portel, deixou seu genro Adelino Cruz de Macedo como o terceiro intendente de 1927 a 1929. Adelino reproduzia as ordens do sogro, que continuava governando à distância (Pacheco, 2004: 70).

A partir da década de 1930, os tempos gloriosos da vila vão se anuviando e o falecido morador e esposo da famosa parteira, D. Benta, Benevenuto Nogueira contou para Pacheco como isso foi prenunciado pelo santo padroeiro, já à época de um intendente seguinte:

Foi nesse dia do derradeiro ano, quando Melgaço ainda estava bonito, que o intendente era Raimundo Ferreira Guedes, era cinco e meia para as seis horas da tarde, a procissão ia entrando na igreja. Olha meu filho! Eu não quero o claro dessa luz e São Miguel olhou assim pra trás. Ah, rapaz! Foi um tumulto de choro. Olhou e depois se indireitou. E o que foi e o que não foi. Aí também poucos dias depois o município caiu. (Benevenuto Nogueira *apud* Pacheco, 2004: 110-11).

Primeiro, o poder arrebanhado pelos fazendeiros de gado afastou os agricultores. Severiano de Moura queria transformar Melgaço numa grande pastagem (Pacheco, 2004: 71). Segundo, a indústria da borracha sofreu duros golpes da concorrência asiática (Prado e

Capeleto, 1977). Terceiro, a “Revolta dos Guedes” foi a pá de cal nesse novo movimento de despovoamento da vila. Raimundo Ferreira Guedes, lembrado acima no depoimento de seu Benevenuto, assumiu como intendente em 1930 e desafiou seus antecessores ao incentivar a lavoura local. Agricultores e pecuaristas se armaram e confrontaram. Belém intercedeu e, na figura do Governador Magalhães Barata, “rebaixou” Melgaço “à condição de inspetoria, inicialmente de Breves e depois, por longos anos, sob a jurisdição do município de Portel” (Pacheco, 2004: 82). “Inspetoria era uma espécie de posto fiscal da intendência” (Baia, 2004: 36). De vila, desceu a “inspetoria”, a “sub-prefeitura” e, finalmente, a “posto fiscal” (Pacheco, 2004: 57). O inspetor Francisco José Leal, com poucos recursos, “apenas reformou a capitania e mandou fazer a limpeza nas ruas” (Correa e Leonel, 2002: 23). E, em 1932, “Melgaço passou a ser anexada a Portel que, por sua vez, passou a ser cabeça de comarca” (Correa e Leonel, 2002: 23).

São vários os exemplos, lembrados por moradores e enfatizados por pesquisadores, em que Portel e Breves “usurparam” de alguma forma a vila de Melgaço, principalmente nessa época de *decadência*, de 1930 a 1960. Terras foram anexadas aos dois municípios maiores³⁵, materiais de construção retirados, trabalhadores receberam melhores propostas etc. Mas há um fato que acirrou (e, até hoje, é bastante visível) a indisposição da vila com seus vizinhos. Como, nesse período, a vila contava com quorum tido como insignificante, a festa de São Miguel foi transferida para Portel, bem como o santo também. Numa dessas ocasiões, contam que a igreja em Portel pegou fogo e destruiu a imagem. Assim, manter a festa em Melgaço passou a ser um motivo de orgulho local.

Muita gente “abandona a vila, temerosos do conflito” (Correa e Leonel, 2002: 21) durante a Revolta dos Guedes e outros deixaram de visitá-la, já que o “centro” da região migrava para Breves e Portel. E “o mato foi tomando conta das únicas ruas que havia na época que eram chamadas de *rua da frente* e *rua de trás*” (Benevenuto Nogueira *apud* Pacheco, 2004: 82, ênfases minhas). Para os locais, duas famílias (12 pessoas, ao todo), tidas como *guardiãs*, e a igreja de São Miguel mantiveram a vila de pé (Pacheco, 2004: 67; 83). O ano de 1930 emerge como o divisor de tempos nessas memórias: Antes, Melgaço vivera a “era do progresso e do desenvolvimento, (...) depois, mergulhara em decadência, queda, destruição, posta à margem das articulações entre município e estado, expulsando do centro da municipalidade a maioria de seus moradores” (*ibid*: 58).

³⁵ E “nessas transações, Breves se apropria da Ilha de Nazaré, onde estava concentrada intensa produção de atividades madeireiras, adquirindo para seus cofres vários impostos” (Baia, 2004: 36).

Muitos comerciantes também deixaram a vila, buscando clientes e oportunidades no “interior”. Inclusive os moradores da vila tinham que viajar até esses fornecedores e/ou apelar para as “lojas itinerantes e flutuantes”, conhecidas localmente como *regatões*. O naturalista Ferreira Pena, em 1864, já observara essas transações:

As canoas dos regatões percorrem todos os rios e furos desde as cachoeiras do Anapu e Pacajá até à costa norte do Amazonas, trocando com os habitantes e com os seringueiros mercadorias nacionais e estrangeiras por gêneros de produção natural, como a borracha, castanha, cumaru, estopa, breu, óleos, grude, resina, peixe e madeira. Quanto às produções agrícolas, as canoas recebem farinha, café, arroz, cacau, azeite e um pouco de gergelim, tabaco, algodão e milho (1973: 113).

Mas é bom lembrar que não foi uma mera coincidência que essa “derrocada” de Melgaço tenha se passado paralelamente ao declínio da produção seringueira na Amazônia, logo depois das guerras mundiais e da entrada dos produtores na Malásia (Prado e Capeleto, 1977). Nesse caso, as macro-forças econômicas influenciaram muitíssimo essas micro-estruturas. E, ao que parece, Melgaço ficaria muito tempo ainda na sombra dos municípios vizinhos e um dos motivos disso pode ter sido político, como contou um morador, “toda vez que o [governador Magalhães] Barata ganhava ele engavetava o requerimento da emancipação de Melgaço, por isso nós só passamos a ser cidade depois que o Barata morreu” (Firmino Cavalcante *apud* Pacheco: 2004: 75).

É nessa década também que um lento repovoamento da vila acontece. Algumas famílias, pouco a pouco, retornam à vila, sobretudo “a partir de 1945, quando os negócios da borracha tinham deixado de ser o centro de interesse dos donos de barracões” (*ibid*: 57). Os entrevistados de Pacheco explicaram que o “sacrifício da seringa” foi substituído pelo “sacrifício da farinha”, uma vez que em Melgaço, a alternativa passa a ser, principalmente, as roças de mandioca. Quando, já na década de 1950, novos inspetores chegam com algumas melhorias para a vila, novos moradores são atraídos do interior.

Duas visitas inauguraram a década de 1950 e começam a mudar o período tido como “despovoado” e “letárgico”. Primeiro, um arcebispo belenense, de passagem por Portel, resolve visitar a vila de Melgaço. Assustado com o que encontrou, sua primeira iniciativa foi convocar um *mutirão* para reconstruir a igreja e limpar a cidade do *aturiazal* que tomava a orla (Correa e Leonel, 2002: 25), como ficou patente na foto da década de 60 que escolhi para

abrir este capítulo.³⁶ Alguns anos depois, desembarca um inspetor, Manoel Quincas (*ibid*: 26) ou Daniel Quintas:

No período de 1953/55 chegou para ser inspetor de Melgaço, Daniel Quintas, pessoa marcante na memória de alguns moradores que entrevistamos. O inspetor, ao chegar, incentivou os moradores a realizarem um mutirão para limpar a quantidade de mato que havia na frente do vilarejo. Ajudando os moradores com comida, a localidade foi ganhando um outro aspecto. A proposta era que, se o aturiazal fosse derrubado, o inspetor conseguiria um conjugado de luz elétrica para iluminar a vila. (...) Após a chegada do primeiro conjugado de luz elétrica, a vila ganhou nova fisionomia. Esta luz deu outro aspecto a vila e daí nasceu a esperança de restauração. A luta dos moradores pela limpeza do mato que encobria a vila, completou-se com a chegada da luz. (..) A luz significa a chegada dos primeiros “relampejos” da modernidade em Melgaço, abrindo brechas para conseqüentes mudanças de hábitos, costumes, tradições, enfim modos de viver que um lugar iluminado pela luz da natureza, ou por faróis, lamparinas e candeeiros, resguarda. (Pacheco, 2004: 101).

Da luz à emancipação foram menos de 10 anos e parece que os melgacenses já sabiam, conforme o morador Firmino Cavalcante contou ao historiador:

Aí quando foi uma noite, eles começaram a dizer que São Miguel estava suando, suando, suando. (...) Quando nós chegamos lá – realmente era verdade, São Miguel estava suando. E ele foi. Eles arreavam ele de lá do altar, enxugavam ele com um lenço, chega molhava. (...) Com poucos dias do ocorrido, passou um padre aqui pra fazer uma festa em Acangatá. Aí nós conversando com ele, a gente perguntou o que seria o significado daquele santo está suando. Ele foi e disse: “Bom, vocês aguardem isso aí. A gente quando sonha, ou quando tem um aviso qualquer, uma novidade que a gente veja, a gente aguarda uns dias pra ver o que é”. Com poucos dias, Melgaço desmembrou-se. Passou a ser cidade porque ela era vila. E então a gente acha que São Miguel estava trabalhando por isso. Justamente para ver o lugar dele, o progresso melhor. Ou melhor condição para que os filhos dele assim progredissem alguma coisa. (Cavalcante *apud* Pacheco, 2004: 111)

Além do apoio do santo, “grandes comerciantes e políticos interessados em se tornar prefeito de Melgaço, uniram-se à comunidade para pleitear junto ao novo governador a emancipação política de Melgaço” (Correa e Leonel, 2002: 27). E, em 1961, esse sonho antigo foi alcançado: o governador assinou a municipalização e nomeou Francisco Oliveira

³⁶ Parece que o avanço da vegetação e das águas do rio sobre as beiradas de terra é um fenômeno comum nas comunidades ribeirinhas, como mostra o escritor Raymundo Moraes, ao descrever Cametá, cidade da região: “O peráú, como dizem os nossos irmãos tapuios, em toda a bacia mediterrânea, é sempre uma ameaça à civilização, trata-se da costa, ilha ou península – principalmente se esse peráú é resultante da corda fluvial, que lambe e destrói o talude marginal. A erosão telúrica, provocada pela água em marcha, seja no regime hidrográfico dos altos rios, em que a vazante e a enchente ocorrem de seis em seis meses, seja no regime de fluxo e refluxo lunar em que a maré atlântica ocorre de seis em seis horas – corresponde a um verdadeiro espantinho do homem, destruidor de seus princípios econômicos e aspectos rurais. (...) Enquanto o fio da corrente não se afastar da faixa litorânea de nossa urbs, (...) não há engenharia capaz de deter a força hidráulica destruidora da terra” (Moraes, 1938: 26).

Leite como prefeito interino até o pleito no ano seguinte, quando Orlando Correa Amaral foi o primeiro prefeito eleito. Segundo Baia, a incompetência dos intendentos e a ganância dos vizinhos Breves e Portel – todos esses agentes *de fora* – era o que principalmente motivava os melgacenses a desejarem a municipalização (Baia, 2004). A meu ver, parece que havia uma equivalência imediata entre autonomia e prosperidade, quer dizer, uma vez elevada a município, todos os problemas de Melgaço se resolveriam.

Uma rápida descrição de um antigo morador nos ajuda a visualizar a recém vila transformada em cidade:

A cidade era muito fraca, tinha apenas dois comércio (...) todos os dois na rua da frente. Nessa mesma rua, tinha um posto médico e trabalhava nele um farmacêutico (...) que dá de dez em muitos doutores que tem por aí. (...) Mais na frente tinha uma escola. Nessa época morava poucas pessoas em Melgaço, se fosse conferir não dava 50 casas. (...). As casas eram todas cobertas de palha, não tinha casas bonitas (Manuel Tavares *apud* Baia, 2004: 40).

De 1967 a 1970, João Valentim de Amorim, conhecido pelos moradores como Cabecinha, foi o segundo prefeito. Em 1968, com a presença do governador Alacid Nunes, ele inaugurou a primeira escola estadual na cidade, o serviço de abastecimento de água e o posto médico. Contratou quatro professores da capital e também saneou dívidas que o município já começara a contrair. Mas sua obra mais lembrada é a construção da pista de pouso, tida como “a luta dos homens contra a natureza para que a floresta não consuma o aeroporto” (Pacheco, 2004: 131). O “fluxo de aviões era constante, chegando a pousar quatro por dia” (Baia, 2004: 51). Durante seu mandato, duas fábricas de palmito se instalaram na cidade, mas, não agüentando a concorrência em escala industrial, faliram na década seguinte. Mas Baia (2004: 12) explica que, a cidade nasceu para servir, principalmente, de dormitório e sede administrativa. As pessoas, a produção e o capital circulavam mesmo pelas beiradas da cidade, tanto nas roças e no interior, quanto nas cidades vizinhas.

Até o terceiro prefeito, Hermógenes Furtado, só havia duas ruas na cidade, denominadas de a *rua da frente* e a *rua de trás*, ambas paralelas à baía. Atuando entre 1973 e 1976, ele criou a primeira rua perpendicular ao rio, a rua 31 de março. Além disso, ele construiu a biblioteca, o mercado municipal e o prédio da prefeitura. Em 1973, uma agência dos Correios foi instalada. Mais tarde, a empresa assumiria também o banco postal. Este é um passo importante na fixação dos moradores e o conseqüente crescimento econômico da cidade, já que funcionários da prefeitura, aposentados e beneficiários **na cidade** passam a receber seus salários e aí também o gastam.

Em 1977, Alberto Felipe, fazendeiro e comerciante local, assumiu o governo municipal e seu *mercantil* parece ter se beneficiado muito dessa vitória. Afinal, “as pessoas eleitas para administrar o município, especialmente para o cargo de prefeito, geralmente emergiam de grupos possuidores de determinados bens, prestígios e poderes na região. Muitos desses candidatos eram donos de grandes comércios, antigos barracões de borracha na região e mantinham fortes relações com os ribeirinhos, no que tange à exploração, produção e troca de gêneros extraídos da natureza. Nesse universo relacional, contavam ainda com as intrincadas redes de parentesco e apadrinhamento político que ali se processavam e, ainda hoje, fazem-se sentir” (Pacheco, 2004: 124).

No início dos anos 1980, a pista de pouso, “que no passado era o símbolo que atrairia a chegada do desenvolvimento e do progresso da vida urbana em Melgaço” (Pacheco, 2004: 133), vai gradativamente sucumbindo à mata. A cidade deixou de ser uma escala rotineira já que os pilotos se negavam a pousar entre as árvores. Mas outros setores cresciam, como o comércio e a população urbanas. Os *mercantis* vão se tornando mais comuns, substituindo aos poucos a troca por matéria-prima, o *retalho* e o *aviamento* (*ibid*: 180). Embora estas formas de comércio ainda vigorem no município e especialmente em seu interior, a monetarização tem sido um processo crescente.³⁷ E o fechamento de vários seringais e serrarias, por pressões ambientais, encaminhou novos consumidores para a sede urbana. Em 1982, o prefeito terminou a construção de uma casa para hospedar professores e profissionais de saúde, provenientes da capital.

Quando, pela segunda vez, Hermógenes Furtado assumiu a prefeitura entre 1983 e 1988, mais seis ruas foram abertas, quase todas homenageavam figuras nacionais ou ex-prefeitos locais (Princesa Isabel, Marechal Rondon, Sete de Setembro, Francisco Leite, Antonio Nogueira e João Valentim de Amorim). E, na década seguinte, chegaram à cidade os “programas sociais”. Se antes “pobreza” era sinal e sinônimo de “atraso”, hoje é esta mesma “pobreza” torna Melgaço uma candidata legítima e prioritária de benefícios como saneamento básico, Bolsa Escola, Programa Saúde da Família, Auxílio Gás e Bolsa Alimentação. Neste mesmo período, uma escola com o curso médio foi implantada. Baia explica também que a cidade deixou de significar somente sede de moradia e prefeitura, mas passou, nessa época, a atrair pelos seus serviços de saúde e educação (2004: 53).

³⁷ Nessa apropriação dos preceitos capitalistas, Baia lembra que “as indústrias palmeiras na cidade, a partir da década de 1970, garantiram postos de trabalho à população local. Antigos ribeirinhos passam a incorporar na cidade a função social do assalariado e mão-de-obra móvel no interior das fábricas” (2004: 48).

E Melgaço, que desde sempre foi associada à sua abundância natural, enfrentou, a partir da década de 1980, dois problemas no interior: uma aguda *crise da farinha* nas roças e um esgotamento da matéria-prima que enfraquece os pólos industriais (Baia, 2004: 44-5). Todo esse quadro engrossou o êxodo rural. A tese de Baia é que tal migração está na “contramão do sistema capitalista” (*ibid*: 53) uma vez que as pessoas não deixaram suas vidas no interior para trabalhar em alguma fábrica na cidade, como já foi largamente observado no país. Tendo a discordar dele porque, por um lado, o progressivo esgotamento ambiental no interior, a oferta de serviços urbanos e a busca por oportunidades de consumo mais diversas e baratas – três aspectos que o próprio autor apresenta – são todos elementos que se conformam ao quadro capitalista. Mesmo sem indústria e urbanização acelerada, Melgaço está bem adaptada ao seu tempo. São as mesmas forças do capital que, na década de 1990, vão expulsar para porções *de trás*, os antigos moradores que moravam *na frente* mas que, por uma razão ou outra, não conseguiram ascender economicamente. E, assim, a *frente* das cidades ribeirinhas tende a se elitizar.

Em 1993, Antonio Oni foi eleito prefeito, mas logo em seguida foi cassado por desvio de verbas públicas. Isso não significa que seus antecessores não tivessem cometido faltas semelhantes. A diferença é que, agora, novos mecanismos de controle estavam disponíveis aos moradores, a câmara dos vereadores, ao estado paraense. José Viana, como vice, assumiu a prefeitura. Oni tentou, várias vezes, voltar ao poder pela via, também “nova”, de liminares. A crise culminou, em 1996, com o atraso trimestral do pagamento dos funcionários. Num ato de revolta coletiva, o prédio da prefeitura foi incinerado. Para horror da população, que se orgulhava dos atributos de pacificidade e hospitalidade, Melgaço virou notícia nacional. O caos vivido durante esses dias remeteu novamente a cidade ao imaginário negativo de 1930-1960:

A falta de dinheiro, em função do atraso nos pagamentos dos funcionários, levou à falência vários comerciantes e as vendas baixaram porque a maioria dos moradores adquiria os produtos da cesta básica comprando na nota, pagando-os somente quando recebiam seus vencimentos. Para sobreviverem, muitos desses moradores tiveram que retornar para o trabalho na mata. Fazer roças, pescar, tirar palmito, serrar madeira ou envolver-se com outras atividades provisórias, apresentou-se como possibilidade de adquirir recursos para garantir a sobrevivência das famílias. Neste momento, o viver urbano recua, as experiências da floresta ressurgem, avançando para dentro da cidade, refazendo cotidianos, ressignificando costumes de antigos viveres na floresta e modos de trabalhar (Pacheco, 2004: 205).

O governador do Pará enviou um interventor para pacificar a cidade. Carlos Eduardo Barbosa da Silva assumiu a prefeitura até o ano seguinte, quando Gilberto Felipe Barbosa ganhou as

eleições diretas. Este logo faleceu e o vice, Cassimiro Corrêa, assumiu seu lugar de 1997 até 2000. Nesta época, foi construído o Fórum de Justiça, um novo prédio para a prefeitura e a luz foi disponibilizada 24 horas por dia (Pacheco , 2004).

* * *

Os dados de arquivo, os relatos de moradores e as análises teóricas, material no qual os pesquisadores acima se respaldam, me inspiram a traçar um retrato inicial e tentativo de Melgaço. A cidade, antiga vila, antiga aldeia, parece constituir um imaginário **ambíguo** que ziguezagueia entre pólos simbólicos. Gostaria, nesse momento, de pontuar três pares de pólos que mais saltaram à vista na cronologia compilada acima. Estrangeiros vs. locais, cidade vs. interior (ou, em termos aqui provisoriamente análogos, urbano vs. rural/florestal) e, por fim, cultura vs. natureza são manipulados semanticamente num delicado equilíbrio entre as idéias de “tradição” e “modernidade”, positivados alternadamente, mas com uma tendência histórica à segunda idéia.

Mera aldeia no século XVII, opulenta e povoada durante o *rush da borracha* no século XIX, abandonada e estigmatizada no século XX, florescente e esperançosa durante a ditadura militar e conflituosa e demonizada após o incêndio da prefeitura na década de 1990, noto como os fragmentos históricos de Melgaço oscilam inconstantes e à beira de novos sobressaltos. Assim, o fato da história da localidade ser construída principalmente com base numa alternância entre “progresso” e “regresso” me incentiva a pensar nos pares simbólicos que alinhavam essa alternância.

Melgaço nasce do encontro de grupos indígenas e missões jesuítas. Depois, portugueses, colonos, viajantes, comerciantes e migrantes (de outros estados ou do interior do município) sempre transitaram pelo lugar. Pesquisadores têm desembarcado em seus *trapiches* há vários séculos e, mais recentemente, autoridades (inspetores, intendentos, interventores, prefeitos), técnicos (professores, médicos, contadores) seguem o mesmo trajeto. É inegável que a cidade deve parte de seu surgimento e crescimento às *pessoas de fora*. A “novidade” parece vir de fora. Quando moradores voltam de suas viagens de Breves ou Belém contam como lá organizam suas ruas e prédios, como o hidroviário é alto e sólido, como há variedade de lojas e produtos etc. Quando a massa de nordestinos se dirige à Amazônia (para trabalhar nos seringais, para tentar a vida em seu próprio pedaço de chão, para fugir da seca de sua região etc.), são forasteiros que chegam para trabalhar, desenvolver e popular a região. Os representantes políticos são enviados ou eleitos para construir ruas e prédios, resolver conflitos e estabelecer a paz. São as canetadas dos governadores, de seus gabinetes na capital,

que aumentam ou diminuem o cacife territorial da cidade. Os professores e médicos de Belém tendem a ser melhor formados e, por isso, tidos como imprescindíveis na organização da educação e saúde da cidade. É também *lá fora* que se reconhece e valoriza a cidade, na mídia, na emancipação do município, nos convênios para recursos. Melgaço deseja, a todo tempo, “constar no mapa do estado” (Pacheco, 2004) e do país, eu acrescentaria. Mapas físicos e simbólicos, por certo.

Mas, na outra ponta destes exemplos, encontro bastante hostilidade em relação aos *estrangeiros*. Nos livros de história e nos relatos de rua, eu ouvia sobre a expulsão dos padres missionários, o governador do estado que adiou a autonomia política da cidade, a paróquia de Portel que, descuidada, acidentou o santo melgacense, os vizinhos breveses que fagocitaram terras e atenção da vila, habitantes do interior que, à época das festas de São Miguel, roubam bens dos locais, jogadores de futebol da capital que, além de ganharem os campeonatos melgacenses, ainda introduzem drogas entre a comunidade jovem do local etc. Se, num primeiro momento, se espera que os *de fora* brindem Melgaço com a modernidade, num outro momento, muitas vezes contíguo, são responsabilizados por uma série de mazelas que acontecem na cidade, contribuindo para o *atraso* da pequena urbe. O imaginário quase beira a vitimização porque, a todo momento, tende a culpabilizar agentes exógenos do tímido tamanho da cidade, de sua inexpressividade capitalista e da inconstância econômica e populacional.

Vejamos o segundo par de idéias: ora aderem aos valores atrelados ao *interior* ora aos da *cidade*. É justamente da *mata* e do *interior* que o lugar tem sua “origem mítica”. “As terras que hoje dão origem a casas, prédios e ruas da cidade de Melgaço foram, no passado, roças, onde ribeirinhos plantavam mandioca, macaxeira, milho, maxixe, abóbora, melancia e fazendas de criação de gado” (Pacheco, 2004: 157) porque, afinal, é “uma cidade que surgiu numa enseada de águas, terras e matas” (*ibid*). *Interior* é uma categoria muito ampla, significando desde localidades distantes da sede urbana mas ainda dentro dos limites do município até uma habitação única na margem oposta à baía da cidade, região chamada de Pacoval. Em geral, entendem casas, gente, *paragens*, comida e hábitos do *interior* como mais próximos da *floresta*, *rios*, *roças*. O interior está ligado à *floresta* ou à *mata* (extrativismo, pesca, navegação em *cascos*) e às práticas rurais, de agricultura e pecuária. Quando positivado, o modo de vida do interior é o que justamente instaura a cidade de Melgaço. Quer dizer, sua beleza natural, os costumes típicos da *gente simples*, o amor à terra, à natureza, aos animais. Ser pequena, aconchegante, hospitaleira e respeitosa às próprias raízes confere, segundo os locais, “ares pitorescos” à Melgaço. Numa região onde muitas cidades enfrentam

problemas típicos de densidade populacional (crimes, poluição, desemprego etc.), Melgaço desponta como destino *tranquilo, pacífico, sem violência*. E, a meu ver, é sua relação idílica, bucólica e romantizada com o *interior* que lhe garante essa imagem.

Mas, como no par anterior, aqui também o *interior* é, de certa forma, tido como um impeditivo para o *desenvolvimento* da cidade, ideal que parece derivar da comparação com suas vizinhas em termos de urbanização e, claro, *modernidade*. Primeiro que, produzir matéria-prima e ter grande parte da população em atividades braçais diminui muito as chances do município ser incluído plenamente na lógica e tempo capitalistas (e.g. concorrência, produtividade, lucro etc.). E a instalação de pessoas do *interior* na sede urbana, fenômeno mais intenso nas últimas duas décadas, adiaria a transformação de Melgaço em um pólo urbano moderno: é como se o *atraso* e o *tradicional*, que tendem a ser associados às pessoas do *interior*, “contaminassem” a cidade durante esse movimento migratório. Crimes (acertos de contas, por honra, vinganças), violência doméstica contra mulheres e crianças (Pacheco, 2004: 39), ocupação desordenada do espaço (na construção de casas, quintais e ruas, *ibid.*: 73), uso do espaço público para atividades privadas (secar roupa na cerca, jogar bola na rua, brigar com vizinhos, prescindir de galinheiros, currais e pocilgas, Pacheco, 2004: 78-9) são práticas associadas ao *interior* e, assim, condenáveis na aspiração modernizante da cidade. Se Melgaço não consegue *progredir*, deve-se ao *atraso* dos recém-chegados do *interior* que, em geral, vão morar nas ruas *de trás* da cidade. Ouvi inúmeras vezes que *atraso* atualmente se deve ao *interior*, à *floresta* e ao *povo de trás*.

Chegamos finalmente ao terceiro e último pólo simbólico. A *natureza* é um elemento onipresente em Melgaço e nesta região marajoara. Sua exuberância foi descrita pelos viajantes e é constantemente mencionada pelos habitantes. Ela é, primeiro, bela, diversa, opulenta e inspira hinos, bandeiras, poesias, festivais culturais, literatura. Segundo, é dela que vem, em grande medida, o sustento da região em termos de alimento, habitação, embarcações, combustível etc.

Mas, como já notado em vários momentos da literatura antropológica, a natureza passa, cada vez mais, a ser um dos principais empecilhos à ação da cultura rumo à esperada *modernidade*. Há vários exemplos desse empecilho dentre os relatos e histórias. O principal deles, que reapareceu repetidamente na cronologia acima, é a “luta contra o aturiazal”, isto é, a vegetação aquática encontrada na orla da cidade. Sempre que chegam *de fora*, intendentes, padres, inspetores propõem e incentivam que a população se organize em *mutirões* para *limparem* a orla:

Quando eu cheguei aqui em Melgaço, quem governava era inspetor – aquelas pessoa que governavam aí, tira mercadorias lá no patrão dele e botava o pessoal pra trabalhar de limpeza na rua. As ruas era só aquelas duas a que nós mora (12 de Outubro, antiga rua de trás) e a da frente (Av. Senador Lemos, atualmente). A frente da cidade era só um aturiazal que virge si homem, era bambuzal mesmo, (...) bucubeira dessa grossura, tinha açazal, tudo tinha, e aturiá, si homem, era uma coisa horrive (Apolônia Dias da Conceição *apud* Pacheco, 2004: 83).

Era preciso derrubar essa beirada verde para que o local pudesse ser visto por quem passasse em sua baía, para que os barcos pudessem atracar, para que a relação com o rio se efetivasse além do transporte. E o rio é fundamental para que uma cidade amazônica se comunique com os povoados vizinhos. Mas, sempre que cortados, os *mururés* “voltavam”, como na idéia da *natureza*, para Simmel, que sempre tende a “violiar a obra da vontade humana” (Simmel, 2005: 135-142 In Souza e Öelze, 2005).

E os relatos também apontam que, assim que a vila perdia sua autonomia política, a natureza voltava a tomar conta. Na história de Melgaço, o vai e vem entre “progresso” e “regresso” está sempre mediado pela natureza. Ela, independente e voraz, toma e retoma a cidade. E vingar é sempre e continuamente “lutar contra a natureza”: limpar a frente da cidade, abrir o mato para chegar à roça, limpar a pista para o pouso dos aviões etc. E, durante os períodos descendentes, os moradores da cidade tinham que retornar ao *mato*, buscar aí o seu sustento com frutas, caça, cultivo. *Atraso* é quando se tem que voltar para *floresta*, para o trabalho braçal, para parte de *trás* e do *interior* do município. Um último exemplo desse confronto se dá quando, em 1953, um inspetor promete conseguir um *conjugado de luz* para que a cidade aposentasse seus lampiões à querosene. (Mas um morador antigo lembrou: “A luz não chegava em todas as casas, era mais nas casas da rua da frente”, Manuel Tavares *apud* Baia, 2004: 42). Mas o *conjugado* virá desde que limpem os *murarés*. Troca-se a natureza pela cultura, materializada na iluminação urbana.

Criar uma cidade era destruir ou, ao menos, domesticar a natureza e isso parece continuar até hoje, na “luta contra o lixo”, a “luta contra a pobreza”, a “luta contra a gravidez adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis” – todos “inimigos” (tido como “naturais”) da região e de suas gentes. *Desenvolvimento*, expoente máximo da cultura, é civilizar, humanizar e, sobretudo, desnaturalizar. E, claro, hoje percebo como meu ímpeto higienista no início da pesquisa também se assemelha a esta ótica.

Esta análise estruturalista nos remete a uma última idéia, igualmente ambígua e antagonica. A meu ver, hoje, a *parte de trás* da cidade concentra e ilustra os pares acima discutidos. Ali, a natureza “ainda” domina, ilustrada pelas suas ruas sem calçamento,

saneamento, iluminação, nas casas de madeira a palha, com famílias numerosas e famintas, com animais (piolhos e vermes, inclusive). Ali, vivem os melgacenses do *interior*, que migraram esperançosos mas paulatinamente empobrecerem sem participar da crescente monetarização desta mini-urbe, relegados ao trabalho nas roças e aos brindes da natureza. Ali, a modernidade não chegou e resta aos ilustres moradores *da frente* planejarem “programas sociais” para resolver os *problemas, doenças* e, em geral, *a falta de cultura* de seus conterrâneos *de trás*.³⁸ Assim, sugiro uma síntese, provisória, da discussão dos historiadores e dos depoimentos travada até aqui:

TRADICIONAL	MODERNO
Nativos	Estrangeiros
Interior/Floresta/Roça	Cidade
Natureza	Cultura
Parte de trás da cidade/ Ruas de trás	Parte da frente da cidade/ Ruas da frente
Atraso	Progresso

Construções, urbanização, empregos, renda, consumo são o objetivo principal rumo ao *progresso*. Mas, a meu ver, os moradores e pesquisadores que discuti acima optam por não definir exatamente que fontes de sentido irão abastecer esse ideal de “progresso”. Parece preferirem manter a ambigüidade, o ziguezague, ora a natureza é tida como um sinal de “tradicional” e “atraso”, ora é na natureza que se encontrará o sopro da “modernidade”. Esta alternância foi encontrada entre os relatos dos viajantes, nos depoimentos colhidos por pesquisadores e em suas próprias análises, entre meus informantes e, mais recentemente, nas políticas que vêm sendo desenhadas para o município. Assim, a tabela acima é apenas um recurso didático e provisório para visualizarmos estes pares de idéias que encontrei nestes vários “representantes” de Melgaço.

Talvez essa estratégia oscilante alargue os espaços de negociação e trânsito, permita que a criatividade seja tempero importante, democratize a participação na conformação dessas memórias e tudo isso compense, de alguma forma, os apertados limites da desigualdade, da pobreza, da distância social e geográfica. Uma coisa, contudo, percebo mais nitidamente: a **idéia de alteridade** pode até ser móvel e relativamente imprevisível, mas sempre está

³⁸ Mas é bom lembrar que a *frente* se relaciona com o rio, a natureza “por natureza”. O rio, por exemplo, retoma as relações de *regatão*, tão típicas do *passado*, do *interior*. Pelo rio chegam o açaí, os desempregados, as epidemias. A *frente* não está totalmente “limpa” do que é tido como *atraso*.

presente. *Povo do interior, gente de trás*, intendente, brevense ou até antropóloga em campo – há sempre um outro, sempre um contraste sobre o qual a autobiografia se rascunhará.

1.3.1 *Frente e Trás: Algumas notas etnográficas*

Como julgo que *frente e trás* são duas categorias que concentram e representam as polaridades que acima discuti, nesta última parte do capítulo, gostaria apenas de retomar estes princípios estruturantes de forma um pouco mais detida. Esta ênfase é importante porque a divisão social, simbólica e geográfica da cidade é um dado contextual importante e, por isso, servirá, nos capítulos seguintes, quando pretendo adentrar com mais especificidade no mundo das parteiras.

Como as cidades ribeirinhas crescem em relação, primordialmente, aos rios, *frente e trás* são duas categorias bastante recorrentes na Amazônia (e.g. Brabo, 1978).³⁹ O primeiro a notar esse quadro em Melgaço foi Ferreira Pena, quando lá passou em 1864: “A sua situação é aprazível, apesar do terreno baixo sobre que se acha assentada. Ela consta de uma fileira de casas miúdas, mas limpas, e em grande parte caiadas, estendidas ao longo da praia, havendo na parte posterior outra pequena rua de casas menos estimadas” (1973: 107). Pacheco apenas mencionou esta divisão, reproduzindo as memórias de seus entrevistados. Como em geral foram senhores e senhoras de 70 e 80 anos, notamos como essa divisão remete à simbologia já largamente sedimentada. Mas é Baía que primeiro comenta mais extensamente sobre essa configuração. Ele relembra que, à época áurea da borracha, em fins do século XIX,

a vila vai se produzindo como espaço de moradia, não apenas do intendente, mas também de famílias humildes de ribeirinhos amazônicos e migrantes de outras regiões que no entorno dos prédios e casas em alvenaria vão produzindo outro espaço de moradia, com as casas de paxiúba, açazeiro e palha de buçu, registrando na memória de muitos moradores antigos a chamada “rua de trás” da vila. (...) Na rua da frente, estão os prédios públicos, a igreja matriz e a residência das elites econômica e política. Na rua de trás, os trabalhadores da borracha, habitantes de outras regiões do país e os pequenos agricultores se reproduzindo diante das desigualdades e interações dos elementos que os diferenciam como habitação, acesso aos serviços, qualidade de vida, relações de trabalho e acumulação econômica. (Baía, 2004: 35)

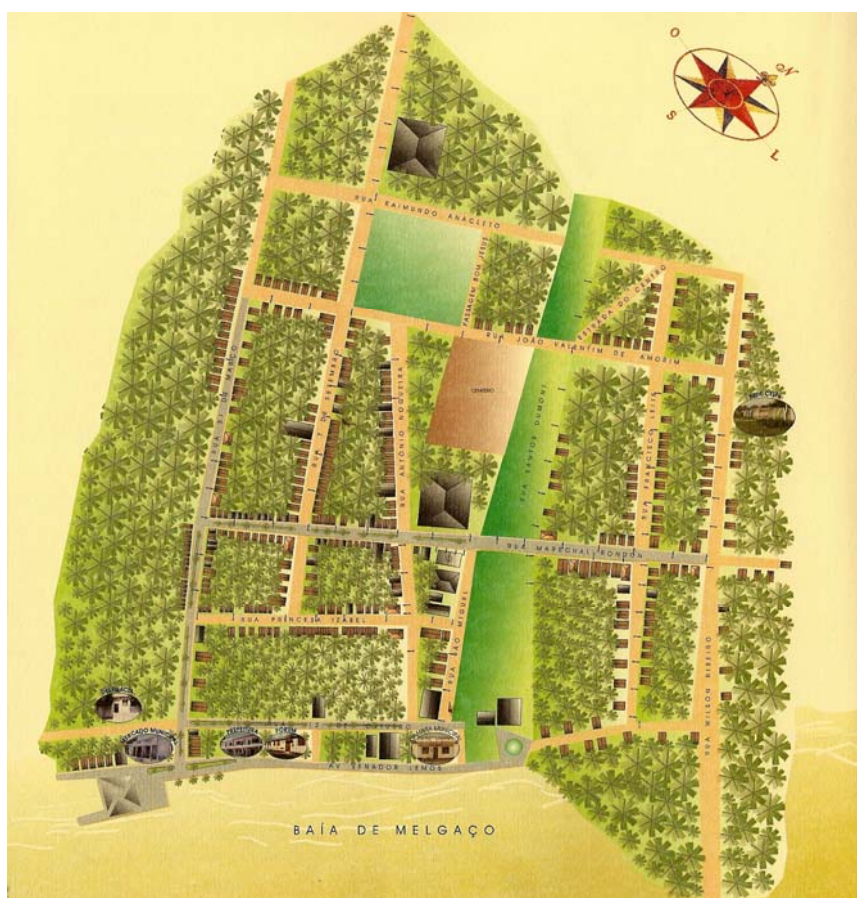
³⁹ Outras etnografias também já mostraram o mesmo. A porção da *frente* de uma cidade ou bairro é geralmente mais valorizada, seja porque está perto das ruas asfaltadas (e.g. Fonseca, 2004), seja porque tem acesso mais fácil aos empregos, à *modernidade*, ao centro (em oposição provisória à periferia) de sentidos de um espaço específico (e.g. Fasano, 2006).

Até a década de 1970, só havia duas ruas na cidade, mas o interessante é notar que esta mesma estrutura se reproduz e mantém até os dias atuais: estas duas ruas viraram duas partes, duas metades, duas parcelas da cidade. Antes mesmo que me informassem onde cada trecho começava e terminava, eu pude notar as seguintes características. Na *frente*, chamada por Baía de “centro tradicional da cidade” (...), as ruas são asfaltadas, calçadas com cimento e são limpas todos os dias (pelos *varredores de rua*, geralmente pessoas *de trás* que são contratadas pela prefeitura). O lixo é recolhido diariamente dos canteiros centrais (por um caminhão – um dos três veículos da cidade). Há iluminação pública e muitas das casas são feitas de alvenaria. Aí se concentram as pessoas que estudaram (pelo menos concluíram o ensino fundamental) e são *empregadas* (isto é, têm vínculo empregatício, geralmente com a prefeitura). Além desses motivos, a participação de redes familiares e sociais que se alternam no poder local também lhes facilita possuir motos, antenas parabólicas e aparelhos de celular e muitos domicílios contam com empregadas domésticas ou babás (que são moças *de trás*).

Até no modo de vestir é possível notar diferenças. No dia-a-dia, geralmente as mulheres *da frente* usam calça jeans apertada, blusas coloridas de lycra, tamancos de salto, unhas pintadas semanalmente, óculos de sol de vidro dégradé, brincos, anéis, pulseiras e colares de ouro (ou, pelo menos, dourados). Os homens *da frente* usam calça comprida, camisa de botão e manga curta para dentro da calça, cinto de couro e fivela, sapatos fechados com meia ou sandálias de couro, óculos de sol de vidro e correntes de ouro com pequenos crucifixos.

Estas mulheres *da frente* podem ser donas de casa ou trabalharem fora do lar, como professoras das três escolas da cidade, funcionárias da prefeitura, das secretarias municipais, do Fórum de Justiça, da unidade de saúde (como médicas, enfermeiras, biomédicas) e do Posto do Programa Saúde da Família (como enfermeiras, dentistas, agentes comunitárias de saúde). Algumas são donas de lojas de roupas e farmácias. Há somente um salão de beleza em Melgaço, onde moças *da frente* são clientes e, as *de trás*, funcionárias. Os homens trabalham nos mesmos órgãos do governo (e também como prefeito, vereadores, médicos), na agência de correio e ainda são donos de açougues, *mercantis*, bares, casas de jogos eletrônicos e barbearias. Alguns são donos dos barcos nos quais os homens *de trás* trabalham. É bom lembrar que muitas das pessoas *da frente* já foram, muito provavelmente, pessoas *de trás* ou do *interior*: trabalhavam na *roça*, em *casas de família* ou em postos menos hierárquicos na prefeitura (*varredor de rua*, *servente*, *merendeira*) e ascenderam ao conseguirem montar um pequeno comércio ou ao serem favorecidos com um emprego melhor ao se aliarem ao prefeito eleito.

Na *frente* moram também as pessoas *de fora*, ou seja, aquelas que vêm a trabalho e têm quatro opções temporárias de hospedagem: o *Hotel Bom Preço*, a *pensão da Dona Pia*, a *casa da saúde* (casa mantida pela prefeitura para a equipe de saúde) ou a *casa do prefeito* (uma casa grande *de altos e baixos* que recebe técnicos do governo estadual e/ou federal e correligionários em trânsito). *De fora* também são quase todos os funcionários técnicos da prefeitura que, por mês, permanecem trabalhando na cidade por 20 dias e folgam os outros 10, geralmente passados em Belém. Esse é o caso de toda a equipe de saúde e de muitos secretários e funcionários municipais. Estas pessoas geralmente não trazem suas famílias para viver em Melgaço e os filhos são criados por avós que ficaram em Belém ou nas cidades de origem. Pessoas *de fora* transitam constantemente entre o município e a capital. E a expectativa (dos *de trás*, especialmente), portanto, é que os *de fora* sempre vão embora. Antes de saber de onde eu vinha ou porque estava ali, uma das primeiras perguntas que sempre me dirigiam era, “Dona Menina [como muitas senhoras e parteiras me chamavam], quando a senhora vai embora?” ou “Quanto tempo a senhora vai ficar aqui conosco?”. E se surpreendiam – tanto os *de trás* quanto os *da frente* – quando eu dizia que ficaria por alguns meses. O susto só não era maior do que ao saber que eu moraria na parte *de trás*.



Mapa de Melgaço. D. Dinorá e sua família viviam na última rua paralela à baía, a Rua Raimundo Anacleto, na esquina com a Rua Santos Dumont. Na primeira rua *da frente*, a Av. Senador Lemos, vemos os prédios públicos, da esquerda para a direita, o Mercado Municipal, a Biblioteca Pública, a Prefeitura e a Câmara dos Vereadores. (Fonte: Correa e Leonel, 2004)

Na parte *de trás*, as ruas são de areia e não há calçadas. Lixo (plástico, papel, caixas de papelão, carniças, restos de comida e madeira, etc.) – “problema” que mais chama à atenção dos *da frente* e dos *de fora* (como eu, inclusive) – está permanentemente espalhado pelas ruas e canteiros. O caminhão de lixo passa uma vez por semana e só recolhe o que foi depositado dentro das latas de lixo que eu encontrava de forma esporádica. Não há postes de luz (apesar de uma taxa de *iluminação pública* constar em todas as contas da cidade, *de trás* e *da frente*) e as casas são bem pequenas e de madeira (muitas são “casa-vão”, como eu denomino). Não há água encanada e todo o consumo (para cozinhar, banhar-se, lavar roupa e casa) é buscado várias vezes ao dia em poços artesanais cavados pelos próprios moradores. Assim, famílias com menos recursos (chefiadas por mães solteiras, mulheres idosas ou homens desempregados, por exemplo) dependem de vizinhos generosos. O banheiro é a famosa *casinha* no fundo do quintal e fica, muitas vezes, próximo demais dos poços. As pessoas mais velhas nesta parte *de trás* tendem a ser analfabetas e os jovens estudam até a segunda ou, quando muito, até a quinta série primária e há um grande nível de evasão escolar. Algumas destas famílias têm bicicleta, televisão, geladeira, fogão, máquina de lavar roupa, batedeira de açaí e aparelho de som. Todos estes itens são emprestados ou alugados por vizinhos que não possuem esses bens. Era freqüente ver a circulação dos mesmos pela cidade e os conflitos que derivavam destas transações. D. Dinorá, por exemplo, deixava que suas vizinhas viessem bater o açaí diário em sua casa se deixassem, como “pagamento” uma vasilha com um pouco do suco para sua família. Mas também a vi irritada quando sua máquina de lavar roupas voltou *arrombada* depois de passar numa manhã de sábado pela casa das três filhas.



A parteira D. Lavínia posa com o filho e a neta dentro de sua casa, que ilustra o que denomino de “casa-vão”, isto é, uma casa composta por um único cômodo que serve de quarto, sala e cozinha. Ao fundo, vemos uma passagem para a casa de seu filho.

As mulheres *de trás* com mais de 15 anos são, em sua maioria, casadas e donas de casa. Elas têm, em média, três a quatro filhos de, no mínimo, duas uniões subseqüentes. Durante o dia, elas são vistas usando saias de lycra (mini-saia se forem mais jovens, saia no joelho se forem *irmãs da igreja*), camisetas de algodão (muitas vezes, camisetas de campanhas políticas ou de eventos da cidade), chinelas e longos cabelos presos com piranhas de plástico. As moças gostam muito de bijuterias, principalmente grandes brincos coloridos de plástico. Os homens *de trás* usam bermudas e chinelos e só colocam suas camisetas para trabalhar, entrar no comércio ou ir até a *frente*. Nas tardes dos finais de semana, em dias de festa ou em viagens, o figurino de ambos os sexos se aproxima bastante daquele *da frente*. Muitas pessoas, mesmo com poucos recursos, tinham pelo menos uma *roupa boa de sair, de passear na frente* ou *de ir até Breves*.

Em geral, estas mulheres e homens, desde a infância, aprendem a trabalhar com suas famílias no *centro*. Caso a família não seja dona do seu pedaço de terra, podem vender sua mão-de-obra diária como *companheiro/a* para o dono de um *sítio*. São as mulheres que *assinam os documentos e cartões dos benefícios do governo*. E assim são responsáveis por receberem o dinheiro destinado às suas famílias e filhos (biológicos ou *criados*). As poucas mulheres que *trabalham na rua* (i.e., trabalham fora de casa) são empregadas domésticas, babás, lavadeiras ou faxineiras. Algumas vendem comida (churrasquinho, *tacacá*, *mungunzá*, bolo, suco, café) em pequenas bancas ou *box* no trapiche ou nas ruas *da frente* que ficam movimentadas no começo ou no final do dia. Aquelas que são parteiras também angariam alguma renda atendendo partos e *puxando* barrigas, embora o parto e a *puxação* na forma fiada têm sido cada vez mais comuns (como veremos no Capítulo 3). Pouquíssimas trabalham na prefeitura (servente, varredeira de rua, merendeira). Já os homens *de trás*, além de tocarem a subsistência no *centro*, podem trabalhar também como *carreiros* (como Saci, transportam mercadorias do porto até os *mercantis*, a prefeitura ou as casas), pescadores, barqueiros, *calafates*, funcionários dos pequenos *mercantis* e mais raramente funcionários da prefeitura (motorista de caminhão, vigia, guarda da delegacia, capinador).

A cisão entre estas duas partes da cidade não é só geográfica, mas de classe. Os *da frente* pouco circulam e, por isso, pouco conhecem a realidade *de trás*. Na prefeitura, na *unidade*, nos *mercantis*, eu ouvi as pessoas *da frente* repetidamente definirem suas contrapartes *de trás* como *sujas, desnutridas, pobres, ignorantes* etc. As pessoas *de trás* preferem circular pela *frente* quando estão vestidas com suas roupas novas ou, ao menos, banhadas depois do trabalho braçal.

As pessoas *da frente* são freqüentemente acusadas de *pavulage* pelas pessoas *de trás*. Eu primeiro ouvi essa interessante categoria sendo usada pelos filhos, netos e noras de D. Dinorá e foram eles que, em franca diversão com minha curiosidade, me traziam exemplos diários. Contaram que algumas pessoas *da frente* não cumprimentam quando cruzam com os *de trás* pela rua. Mas, quando chegam a fazê-lo, limpam discretamente a mão nas calças depois de trocar apertos de mão. Exibem com decotes e camisas entreabertas suas *correntes de ouro*. Quando se aventuram lá *trás*, tido sempre como muito *longe*, não aceitam água ou café que lhes são oferecidos nos *jiraus* das casas e daí tampouco passam porque evitam entrar nas casas tidas como *sujas*. E, um último exemplo, os comerciantes suspeitam que os *de trás*, sempre que entram nas lojas, vão roubar-lhes as mercadorias. Demorei a entender a razão pela qual netos menores de D. Dinorá me chamavam constantemente para lhes acompanhar até as lojas. Mesmo quando não queriam nada de mim, eu era usada como uma espécie de “fiadora moral” para poderem entrar, olhar as mercadorias e, quando tinham dinheiro, comprar alguma coisa pequena (e.g. *bombons*, presilha de cabelo, caderno) ou levar para casa o que a mãe tinha lhes incumbido. Mais do que minha companhia ou dinheiro, precisavam de minha autoridade como pessoa *de fora*.

Claro que *pavulage* tem intuito classificador e delimita transgressões entre as metades da cidade. Já comentei como as pessoas *de trás* desejavam circular, conviver e se mudar para a *frente*. Essa vontade de ascender aparece num depoimento dado ao historiador:

O primeiro comércio foi aqui na casa do Luiz Castor, é na São Miguel, que é perto da Unidade de Saúde, lá era um barzinho, só que um barzinho que também tinha açúcar, café, é uma misturada, né, bilharito, eu parei um bocado de tempo lá, eu não lembro qual foi o tempo. Depois consegui comprar já uma casa, lá na avenida Senador Lemos [a principal rua da *frente*] e montei meu comércio pra lá. (Adamir Borges de Souza *apud* Pacheco, 2004: 180-1)

Mas é importante lembrar que a expressão *pavulage* é usada também entre os *de trás*. D. Dinorá me disse que D. Dandara, que vive e atende no interior, era muito *pávula* porque fez somente um curso de treinamento para parteiras e “acha que já sabe tudo”. Usavam também a idéia dentro da própria família, como registrei em meu diário no dia que acompanhei minha família anfitriã até o *centro*:

Quando Anita foi lavar a mandioca, uma tarefa mais fácil e, por isso, destinada às crianças presentes, pediu uma escova. Seu Bola lhe jogou uma escova bem velha e usada, como todos os instrumentos ali. Ela reclamou, “Ah, mas eu queria uma nova. Não dá pra trabalhar com essa velha aqui”. D. Dinorá comentou com ironia: “A Anita

tá ficando muito pavulage, gente! Mas você quer tudo novo. Daqui a pouco vai até jogar a gente fora, eu e o Bola”. Anita fechou a cara, fez bico e ficou *mordida* o resto do turno. (DC, 15/11/2005).

Ressaltei essa categoria êmica porque, além de ser onipresente ao longo da pesquisa, ela é bastante útil para entender as diferenças espaciais, simbólicas e sociais na cidade de Melgaço.

Diferenças inspiraram viajantes, historiadores, empreendedores e pesquisadores a se aproximarem dessa região. Também os locais, tanto os *de trás* quanto os *da frente*, se deparam e tentam fazer sentido das diferenças que chegam com as *pessoas de fora*. Neste capítulo, pretendi apresentar os caminhos de meus estranhamentos, primeiro navegando em direção à hinterlândia, de Belém até Melgaço e, depois, conhecendo um pouco mais de perto a história local deste município paraense. Estes estranhamentos se assemelham ao que outros escritores já deixaram registrado sobre a região e também me ajudaram a notar, por um lado, como fui percebida ao chegar e, por outro, o que saltava como prioritário para ser explorado, para ser conhecido. Algumas dicotomias – e, sobretudo, o trajeto ziguezagueante entre elas – pareciam indicar o *tom*, em sentido geertziano, da localidade. Ambivalentes entre idéias ligadas ao *antigo* e ao *moderno*, os melgacenses pareciam tentar se compreender e negociavam as imagens emitidas para o Marajó, o Pará, o Brasil e o mundo. E, ao observar estas imagens e disputas também semânticas, pude melhor localizar minhas próprias ressalvas, em relação à sujeira, à pobreza, à intimidade, a uma outra forma de obstetrícia, por exemplo, e tentar, no exercício desta pesquisa, superar ou, no mínimo, começar a compreendê-las. Nos capítulos seguintes, portanto, adentrarei mais detidamente, nesta “outra” obstetrícia, no intuito de conhecer como a parteira D. Dinorá e suas colegas trabalhavam e como se situavam nesta Melgaço atual.

CAPÍTULO DOIS

A puxação no parto:

Manipulando barrigas, manipulando significados



Desenho feito por Alice Rodrigues de Oliveira Lima, de Trindade, PE, durante um encontro de parteiras pernambucanas e paraenses em Maracáipe, PE, em setembro de 2005. Segundo a autora, o objetivo foi retratar como as mulheres encontram nas parteiras amparo e cuidado durante processos delicados, a exemplo do abortamento.

Nesse capítulo tentarei mostrar que o trabalho da parteira vai muito além do ato obstétrico do parto. Enfocar a prática da *puxação* revela como, ao longo da gravidez, durante o parto e mesmo depois do parto, a atuação da parteira opera uma lenta e metódica construção de significados, conferindo um sentido à experiência da *buchuda*. É dessa forma, numa perspectiva global/holista, que o partejar não oficial é frequentemente ignorado por enfoques dominados pela biomedicina que tendem a privilegiar, sobretudo, um momento do processo, isto é, o parto.

A partir daqui, e durante o resto da tese, teço meus argumentos a base de personagens concretas. Nesse capítulo em particular, centro meus esforços (e ao mesmo tempo rendo homenagem) à parteira, Dona Dinorá Bernardes da Silva, figura central que me hospedou durante minha pesquisa e que teve responsabilidade chave de me introduzir “no campo”. Antes de entrar na descrição pormenorizada de sua (e outras) vida(s), cabe um breve comentário metodológico para explicar o porquê dessa ênfase analítica.

2.1 Por que uma tese a partir de uma parteira?

Menocchio e Taso foram protagonistas centrais dos clássicos estudos do historiador Carlo Ginzburg (1987) e do antropólogo Sidney Mintz (1984), respectivamente. Posto de forma sucinta, o primeiro foi um moleiro francês que, na Idade Média, desafiou os inquisidores que procuravam “hereges” pelo interior da Europa ocidental. Taso, o segundo, foi um cortador de cana sindicalizado e evangélico nas paragens rurais de Porto Rico nas décadas de 1960 e 1970. Como Menocchio e Taso em suas épocas e países, D. Dinorá – personagem central da presente narrativa – também é **anônima** frente a tantas parteiras amazônicas, a tantos ribeirinhos que migraram, nas últimas décadas, para os centros urbanos, a tantas mulheres que enfrentaram solitariamente gestações sucessivas, carestia financeira e violência conjugal e estrutural, por exemplo. Justamente por isso creio ser importante escutar-lhe a voz.

O que tornou possível a continuação de meu trabalho com Taso – apesar do meu conhecimento de nossa desigualdade, dos muitos riscos de distorção e dos perigos que nossa amizade pudesse representar para a verdade objetiva – foi minha convicção de que sua vida, e aquilo que sintetiza, deveria estar disponível a outros para que pudessem estudar e refletir sobre ela. (Mintz, 1984: 55).

Em vez de aprofundar contatos e entrevistas com várias parteiras para, assim, intentar traçar um panorama dessa ocupação, como a maior parte dos estudos sobre parteiras vem

fazendo (e.g. Pereira, 1993; Bessa, 1997; Chamilco, 2001, Dias, 2002; Pinto, 2004), esta tese dará ênfase principalmente à vida de uma mulher. E, de certa forma, posso justificar esse trajeto como Mintz fez acima: D. Dinorá me escolheu ao invés de eu ter definido, *a priori*, que ela seria o centro desses escritos. Por um lado, nossa relação floresceu de forma inesperada, porque, a princípio, ela seria apenas a minha anfitriã. E, por outro, ela se mostrou uma informante interessada e complexa para que eu sucumbisse a deixar que os dados que aqui tratarei tenham vindo, majoritariamente, de nossa convivência e conversas ao longo dos dias. D. Dinorá me ensinou na prática o que Mintz explicou teoricamente: “O empreendimento etnográfico deve voltar-se para algum objeto relacional. (...) *Fatos dificilmente existem sem relações*” (1984: 49, ênfase minha).

Mas, também como anunciaram Ginzburg e Mintz, “biógrafos” dos dois personagens acima, não quero supor que D. Dinorá sirva como um **tipo** ou uma parteira **representativa** das outras 21 que trabalhavam em Melgaço à época da pesquisa ou mesmo das parteiras paraenses da atualidade, “se o que ‘representatividade’ significa é ‘média’” (*ibid*: 55). Essa pesquisa não tinha como pressuposto metodológico prévio escolher uma parteira apenas. Eu tinha, claro, a intenção de viver na casa de alguma parteira flexível o suficiente para me receber. Mas é justamente por conta do fato de D. Dinorá aceitar conversar comigo de forma mais extensiva e intensiva, de aceitar os assuntos que eu propunha como dignos de reflexão e aprofundamento, de propor me levar para conhecer, na prática cotidiana, tudo aquilo sobre o que conversávamos em casa e em nossas caminhadas, que ela se transformou na principal fonte dessa pesquisa. Sua competência técnica, sua sensibilidade reflexiva e o momento fértil em sua profissão (em termos de alto reconhecimento, clientela e autoridade moral como parteira) foram elementos fundamentais para que eu não desejasse deixar sua companhia. Ela não é uma parteira mediana, mas uma parteira famosa e demandada, uma mulher com uma biografia extremamente rica e sofrida. A forma como transitava com desenvoltura entre os endinheirados e empobrecidos da cidade, as sucessivas visitas que proporcionava às mulheres antes e depois do parto, os dois mandatos como presidente da Associação de Parteiras Tradicionais de Melgaço e as freqüentes viagens que empreendia a convite das autoridades sanitárias da secretarias municipais de saúde de Breves, Belém e do Ministério da Saúde eram elementos que a destacavam do grupo de parteiras da cidade. Assim, como Menocchio, personagem de Ginzburg, suponho que D. Dinorá se convertia num caso-limite por “se revelar representativ[a], seja negativamente – porque ajuda a precisar o que se deva entender, numa situação dada, por ‘estatisticamente mais freqüente’ – seja positivamente – porque permite

circunscrever as possibilidades latentes do alto (a cultura popular) que nos chegam apenas através de documentos fragmentários e deformados” (Ginzburg, 1987: 28).

Duas ressalvas se fazem importantes aqui. Primeiro, gostaria de enfatizar o valor metodológico de pautar uma tese sobre um indivíduo como epicentro de um conjunto de relações e eventos sociais. Vejamos como Ginzburg critica a hegemonia dos estudos quantitativos, sociológicos e demográficos. Embora muitas das pesquisas até agora empreendidas sobre parteiras no Brasil tenham escolhido um *corpus* de informantes (ao invés de aventurarem-se por abordagens censitárias), um mesmo questionário lhes foi aplicado e, uma vez analisados e editados, os personagens entrevistados somem numa espécie de generalização absoluta – reproduzindo a mesma hegemonia identificada por Ginzburg. Sua crítica aos recortes quantitativos se sustenta, a meu ver, justamente porque estes estudos são insuficientes: “embora não mais ignoradas, as classes inferiores estariam da mesma forma condenadas a permanecerem ‘silenciosas’” (1987: 26) e, eu diria, silenciadas se tal recorte for empregado. Como segunda ressalva, Ginzburg alerta para o risco de se tentar “através da investigação sobre um indivíduo (...) identificar as coordenadas mentais de toda uma era” (*ibid*: 31). Ao focalizar em D. Dinorá, pretendo fugir de ambos perigos ao não sucumbir à sedução das estatísticas e grandes generalizações e nem totalizá-la como um exemplo eloqüente das parteiras do século XXI no Brasil.

Ginzburg me alerta também que, ao se tratar de um informante principalmente, outro limite importante é até onde dar autonomia à sua individualidade:

Aos olhos dos conterrâneos Menocchio era um homem, ao menos em parte, diferente dos outros. Mas esta singularidade tinha limites bem precisos: da cultura do próprio tempo e da própria classe não se sai a não ser para entrar no delírio e na ausência de comunicação. Assim como a língua, a cultura oferece ao indivíduo um horizonte dentro do qual se exercita a liberdade condicional de cada um. *Com rara beleza e lucidez, Menocchio articulou a linguagem que estava historicamente à sua disposição.* (1987: 27, ênfases minhas).

D. Dinorá me enredou de forma mais intensa e pessoal do que eu poderia supor justamente por ser uma pessoa **excepcional**. Não quero, com isso, dizer que ela seja uma exceção – ao contrário, mesmo especial ela se insere perfeitamente em sua sociedade e tempo. Como Mintz explicou sobre Taso, trabalhador porto-riquenho da lavoura canavieira, Dinorá nos brinda com uma história dentro de outra história, mais ampla. “O que ocorreu com Taso também ocorreu, em termos mais amplos, com sua sociedade. Seu dom é revelar suas experiências como estão incorporadas à história de sua sociedade, e também a incorporam” (1984: 56). Eu

ressaltaria ainda que personagens com esse perfil **revelam** o que for que seja de forma excepcionalmente clara, complexa e didática – tudo que uma antropóloga procurava.

E mesmo assim estes seres humanos não são tão fracassados como pode parecer. Eles se viram com o que têm e, em alguns momentos, eles podem manifestar uma nobreza e coragem cujos quais muito respeito. Taso é uma pessoa assim. Ele não é uma “média” de nada – nem um homem médio, nem um porto-riquenho médio, nem um cortador de cana porto-riquenho de classe baixa médio. Ele viveu somente uma vida e nem tudo isso. Ele não se pensa como representativo de nada, e ele está certo. Suas soluções para os problemas da vida podem nem ser as melhores, mas ele parece satisfeito com suas escolhas. Eu tentei registrar sua história no contexto em que eu pude compreender das circunstâncias sob as quais ele viveu e vive. (Mintz, 1960: 11).⁴⁰

Esse capítulo começa com algumas impressões que reuni sobre a biografia pessoal de D. Dinorá. Digo que foram reunidas porque não derivam de entrevistas estruturadas e realizadas repetidamente com ela. São informações, opiniões e imagens que ela própria foi publicizando à medida que minha estada em Melgaço se desenrolava. Tentei proteger-me justamente do que Guita Debert explica ser um dos perigos do método de história de vida, qual seja, “a violência implícita no procedimento que envolve a imposição, aos informantes, de categorias que não lhe dizem respeito, vindas de uma teoria exterior a eles ou ao conjunto de valores próprios do pesquisador” (1986: 142). Claro que reconheço que houve imposição de perguntas, pautas, dúvidas de minha parte, geralmente acerca das pacientes atendidas, do sistema de saúde, dos cursos de treinamento etc. Mas noto que o pouco que conhecia da biografia desta parteira surgiu, em meio a estes assuntos, mais ou menos espontaneamente, à medida que ela desejou me revelar ou ponderou que isso seria pertinente. Por isso, o que eu conheço da história de D. Dinorá “foi vindo”, foi aparecendo no dia-a-dia de seu trabalho como parteira, de sua atuação como mãe, avó, vizinha etc. Ela foi lembrando, comunicando e elaborando sua própria história à medida que isso **fazia sentido** para ela e para seus interlocutores. Também por isso, considero que sejam fragmentos que, por uma edição de minha parte, tomam um corpo artificialmente cronológico e obviamente fragmentado. E, mais um detalhe que julgo interessante: sua história reprodutiva aparece ao fundo de sua biografia

⁴⁰ “And yet these human beings are not so thwarted as it might seem. They make do with what they have, and at times they can manifest a nobility and courage that I am awed by. Taso is such person. He is not an “average” anything – neither an average man, nor an average Puerto Rican, nor an average Puerto Rican lower-class sugar cane worker. He has lived just one life and not all of that. He doesn’t think of himself as representative of anything, and he is right. His solutions to life’s problems may not be the best ones, either, but he seems satisfied with his choices. I have tried to put down his story in the context of what I could understand about the circumstances under which he lived and lives”. (Mintz, 1960: 11).

peçoal – e não o contrário –, já que seus casamentos, partos e filhos são casos contados nos momentos em que ela interagiu principalmente com suas pacientes e com outras parteiras e, de forma periférica, com a antropóloga que ela sabia estar interessada em *assuntos de parteira*. Noto que eu conheci sua história de vida a partir de seu ventre, seios, dores. Em geral, do corpo, surgiu a vida.

Assim como Ginzburg já nos alertou acima, Debert lembra que “as pesquisas que se voltam para as classes populares [tratam] de mostrar a importância de produzir uma documentação que se constitua num ponto de vista alternativo à documentação oficial” (1986: 141). E jogar luz sobre a região norte e rural do país, o parto domiciliar e as parteiras em geral significa certamente seguir essa posição política. Mas, sobre isso, há dois pontos por demarcar. Primeiro, Mintz diz:

Se devemos supor que, por definição, a Antropologia é “cria” da opressão colonialista, então, projetos como os que eu e Taso empreendemos esconderão inevitavelmente mais do que revelarão aquela opressão. Mas se alguém estiver preparado para a possibilidade de que a Antropologia tome parte na documentação daquilo que o Ocidente fez a outras sociedades, dar, assim “voz” a pessoas como Taso – mesmo se, por nossos erros, deformamos ou distorcemos aquela voz – é melhor do que mantê-las mudas. (1984: 55).

E Debert faz outra ressalva que estende esse ponto de Mintz e importa também para a presente pesquisa: “Colocar os relatos populares como um ponto de vista alternativo é subestimar as relações de poder nas quais essas camadas estão inseridas” (1986: 152). Nos primeiros capítulos da tese, a “voz” distorcida e, claramente, ficcionalizada de D. Dinorá estará em primeiro plano. Mas espero que as relações de poder que permeiam sua existência e contexto (e que, claro, também se evidenciavam em nossa relação) sejam também explicitadas ao leitor. E também espero não incorrer noutro problema para o qual Mintz nos alerta, isto é, “assumir uma aparência de objetividade perfeita” pela relação de intimidade com o nativo. Ele lembra que a dialética da pergunta e da resposta são “meras” **ficções etnográficas**.

Assim, por enquanto, quero tentar me beneficiar do que Debert vê como mais eventual ao concentrar uma pesquisa em conversas aprofundadas com poucos informantes. Numa passagem, ela comenta o uso desse método em suas pesquisas no Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB) e na Escola Superior de Guerra (ESG):

Fragmentos de entrevista têm *força*. Essa força não vem do fato de estarmos ouvindo pessoas representativas da instituição. (...) Não se trata de dizer também que a escolha do informante deve obedecer critérios como, por exemplo, uma sensibilidade mais aguçada para o trato de questões histórico-sociológicas. (...) A força vem do fato de

que são relatos muito vivos e a sensação que transmitem é que estamos mais próximos do que é ser aluno do ISEB em 1963 ou que é em 1949 receber uma missão militar norte-americana tendo em vista fazer uma escola funcionar. (...) Frente a esses relatos não nos ocorre perguntar se são verdadeiros. (...) O que acontece a partir desses relatos é que *não podemos mais pensar na missão militar norte-americana e no que se fazia em 1963 no ISEB sem nos lembrar desses depoimentos*. (...) Esses relatos são interessantes para nós porque, pensando na ESG e no ISEB através de esquemas tidos como definitivos, eles chamam nossa atenção para outros processos e para outros esquemas interpretativos com os quais também temos permeando vivências concretas em momentos [e espaços] já tão distantes. (...) É assim que histórias de vida e relatos orais fazem convites irrecusáveis para rever interpretações, desenvolver novas hipóteses e encaminhar novas pesquisas de forma a refinar os grandes conceitos explicativos e seus pressupostos. (1986: 155-56, ênfases minhas)

Aqui, reproduzo esse trecho para que sirva como inspiração e, ao mesmo tempo, referencial metodológico das escolhas e edições da presente tese. Mais do que tudo, para que consigamos ter a sensação de estarmos um pouco mais próximos do que é ser parteira em Melgaço, nos anos 2000.

2.2 Fragmentos biográficos

Dinorá Bernardes da Silva, conhecida localmente como *dona, irmã* ou *tia* Dina, nasceu em 1941 e foi criada por seus pais nos igarapés do interior do município de Portel, região marajoara do estado do Pará. Mas assim que começou a adolecer, as *sovas* são as principais lembranças que ela guarda da mãe. “Eu, quando era jovem, adorava festa. Ia sempre que podia. Quando minha mãe não deixava eu ir, eu ficava triste. Ela era muito malina comigo. Batia muito, tenho uma marca aqui na perna de um terçado que ela me atirou. Vivia me batendo” (D. Dinorá, DC, 20/11/2004). As lembranças do pai são um pouco mais amenas, mas as surras também lhe marcaram.

Eu levei só quatro surras do papai. A terceira foi porque a minha novidade atrasou quatro meses e o papai desconfiou que eu tava grávida. Me bateu e mandou a polícia me levar para averiguar. Nada ficou provado, mas eu fiquei na guarda de um outro policial, que ia me levar embora para Belém. O papai foi lá me buscar. Ele deu a desculpa de que queria passar um final de semana comigo antes d’eu ir embora. Ele fugiu, levou a gente tudo com ele pra Portel. E a gente não voltou pro interior por uns cinco anos. Aí, a história sossegou. O papai me pediu desculpas pela injustiça. Com 18 anos, eu engravidei de verdade e levei a última surra por conta disso. (DC, 21/11/2004)

Engravidar fora do casamento ou, como diziam, *sem marido* foi problema que eu encontrei ao longo de toda a pesquisa. A honra da família dependia, pelo que entendo, do comportamento

exemplar de seus membros, principalmente no que tange os atributos de gênero, idade e hierarquia. Mas é bom lembrar que reduzir a infância a sovas dos genitores pode nos revelar também sobre os conflitos que D. Dina vivia à época da pesquisa. Como visto no Capítulo 1, assim que cheguei à casa dos Silva, D. Neidinha não poupou a filha de críticas e fofocas. Ambas, em franca disputa por autoridade e referência (como, por exemplo, donas de casa, matriarcas, arrimo emocional e econômico e também parteiras), cristalizavam histórias de antagonismo. Porém, a diferença entre elas era relativa já que mesmo não gostando de ter passado pela desconfiança e repressão dos pais, D. Dina admitiu que fizera o mesmo com suas próprias filhas. Comentou com uma vizinha que enfrentava a gravidez da filha adolescente e solteira: “Eu dava muita porrada nos namorados das minhas filhas e terminava nelas” (DC, 22/11/2004).

A família Silva mudou-se, então, para a cidade de Portel. Lá, como muitas moças *do interior*, ainda na adolescência, D. Dina foi trabalhar *em casa de família*. Ela conta que, na casa de D. Bárbara em Portel, onde por mais tempo trabalhou, “Era só costura. Não tinha hora. [... A] gente dormia tarde, eu ficava do lado dela, caseando botão, pregando botão. Eu tinha essa idéia, comprar uma máquina para trabalhar” (DC, 15/10/2005).⁴¹ Depois da temporada em Portel, resolveram voltar pro interior e viver à beira do Rio Anapu. Quando, em tempos mais recentes, a vida apertava em termos de espécie, a parteira recordava com nostalgia essa época do *regatão* (descrição bem similar àquela oferecida por Ferreira Pena, 1973 [1864], no Capítulo 1, sobre este sistema de aviamento):

Lá no interior, a gente não precisava do dinheiro. A gente tirava quase tudo da mata, o açaí, a farinha, a caça, bacuri, bacaba, coco. Tinha açaí que se tirava com a mão, de tão baixinho que era. A gente plantava banana, limão, laranja. Tinha patos, marrecos, galinhas, cachorros de caça. Depois, a gente trocava tudo isso com quem passava para comprar roupas, sal, açúcar, café, sabão – as coisas que nós não tinha por lá. Mas na cidade tudo é o real. No interior, ninguém morre de fome se não tiver dinheiro. (D. Dinorá, DC, 19/09/2005)

Conversas sobre relações conjugais e amorosas eram recorrentes nos jiraus, quartos e cozinhas que D. Dina e eu freqüentávamos, tanto na sua casa, quanto nas de vizinhas, pacientes e parentas. Numa tarde, nós estávamos em casa, conversando sobre Alexandre, mais novo neto da parteira. Comentei que o bebê era xará de meu sogro. E D. Dinorá me perguntou se nossas famílias já eram amigas, antes de eu e meu marido namorarmos. “Eu vou contar uma história sobre isso”, anunciei. “Brasília é uma cidade grande. Lá, as pessoas não se

⁴¹ O mesmo padrão se nota hoje em Melgaço. D. Dinorá e muitas de suas filhas e netas já haviam trabalhado como empregadas domésticas, cozinheiras, lavadeiras e babás para famílias *da frente* em Melgaço.

conhecem como aqui em Melgaço. Quando a minha mãe tava grávida de mim, ela comprava livros da mão de uma moça bem alta e ruiva que trabalhava numa livraria perto da nossa casa. Essa senhora se chama Marialva. Depois de muitos anos, essa mesma D. Marialva virou a minha sogra e nós descobrimos que nossas mães já se conheciam antes da gente nascer. A gente morava a 23km um do outro e foi uma grande coincidência a gente ter se encontrado de novo”. Quando terminei de contar, Nancy, nora da parteira, disse: “Então, D. Dinorá, pega lá o caderno para a senhora anotar essa história, que nem a Soraya faz com as nossas histórias. Aí, a senhora vai poder guardar e lembrar depois”. Rimos muito de seu comentário reflexivo e, como geralmente fazia depois de uma história, D. Dinorá emendava outra. E foi assim que eu descobri como ela conheceu Almeida, seu primeiro marido. “Quando a mamãe teve as dores pra eu nascer, eles foram de casquinho até a casa da vovó. No caminho, pediram pouso na casa dos compadres, que eram os pais do Almeida. Ele tinha, naquela época, uns 12 anos. Depois, acabamos se casando. A única coisa que a minha mãe não gostava nele é que ele era muito mais velho do que eu” (DC, 19/10/2005). Eu ia descobrindo detalhes semelhantes em nossas vidas, solapando a distância que aparentemente existia entre nós. Estar separado por duas dezenas de quilômetros, como no meu caso, ou por horas de *casco*, no caso dela, iam deixando de ser tão díspares.

Com Almeida, “eu tive 21 barrigas, mas só 12 de termo” (DC, 04/10/2005). Destes 12, dois morreram pouco tempo depois de nascidos. Assim, ao todo, D. Dinorá criou 10 filhos. Muito do que aprendi da vida reprodutiva de D. Dinorá foi comentado por ela enquanto *puxava* as mulheres que atendia como, por exemplo, ao conversar sobre o ritmo do trabalho de parto com Ritinha, paciente que se sentia muito insegura ao sétimo mês de gravidez:

Senti uma dor de anebra e fui no banheiro. Nada saiu, só uma gosma. Percebi que não era motivo de banheiro: era o filho. Estava chovendo muito e pedi pro Almeida ir chamar a parteira. Ele disse que não ia sair na chuva e voltou pra rede. Eu tive o menino sozinha. A dor foi rápida. Mas esta minha barrigada não foi fácil. Inchou foi muito as minhas pernas, meus pés. Eu ficava era preocupada. Pensei até que fosse ser a última vez. Uma amiga me deu uma receita de banho com um bocado de ervas e temperos. Tinha que tomar três vezes e beber um pouco de cada vez. Desinchou bem minhas pernas e o parto foi normal, foi bem rápido. (D. Dinorá, DC, 17/09/2005)

E os vários episódios complicados que D. Dinorá enfrentou em sua trajetória reprodutiva ressaltam como gravidez, parto e puerpério podem ser momentos solitários e realmente perigosos quando, por exemplo, um marido, uma mãe ou uma parteira não cooperam. Por vezes, D. Dinorá concordava com suas pacientes, por vezes, trazia casos semelhantes com desfechos positivos para confortar aquelas com medo e, em muitos momentos, eu lhe vi

compartilhar histórias de heroísmo que só lhe engrandeciam como parideira e como parteira. No período pós-parto é quando mais havia recomendações. D. Dinorá e eu tínhamos ido ver Janete, uma moça que tinha parido durante nossa viagem a Recife. Quem lhe atendeu foi D. Edilane, mãe de Janete e parteira que vive e trabalha no interior do município:

Vizinha de Janete: Eu fico muito mal depois do parto. Me dá crise e tudo. Eu resguardo 50 dias. Tem que ser 50.

D. Dinorá: Eu lavei casa logo de resguardo. Eu fiquei muito doente disso. Tive em maio e só melhorei em setembro. Inchei, o parto subiu pra cabeça, deu febre. A casa tava fedendo a DDT e eu tinha que lavar. Tinham borrifado depois do parto.

D. Edilane: Mas, irmã Dina, não pode. Isso é muito perigoso.

D. Dinorá: Pois é, mana. Mas o homem insistiu, disse que tinha que borrifar tudo. Deu dor de cabeça em mim muito forte. Eu tava com uma semana de parto da minha filha Glícia. (DC, 27/10/2005)

Além de febre, dores de cabeça e cortes, houve momentos mais críticos. Inchaço, pressão alta e dor no estômago foram por ela concebidos como *abumina* em três de seus partos, do Ênio, Glícia e Nívea (DC, 08/09/2005). Teve também uma hemorragia de parto, onde *quase levou São Fidélis*, expressão local associada à morte. E uma malária, em que ficou 23 dias de febre, enquanto esperava sua filha Sílvia (*ibid*). Infelizmente, Ênio e Sílvia não resistiram às intempéries e faleceram.

Eu sonhei que a minha filha tinha morrido. No sonho, eu via ela vestida de noiva, em cima de uma mesa. Falavam que a mulher linda tinha morrido, falavam na vila. Eu chegava no salão de baile e estavam vestindo a minha filha. Eu danei a chorar. Me acordaram na rede, eu estava lá sonhando e chorando. Em oito dias, direitinho, ela morreu. Chegou uma mulher com uma roupa de noiva na cidade. E da barra do vestido, ela fez a roupa para vestir a minha filha Sílvia, que morreu com nove meses. (DC, 28/11/2004)

Todos sabem de bebês que morreram. Das 21 *barrigadas* de D. Dinorá, 12 foram *filhos de tempo*, quer dizer, nasceram depois das 40 semanas de gravidez. E nove foram abortos. Sua filha Maria Auxiliadora perdeu dois bebês e um dos gêmeos de Natália, sua nora, também faleceu com alguns meses de vida. D. Dinorá prefere nem comemorar mais seu aniversário porque coincide com o dia de morte desse netinho. E acredito que essa diversidade de experiências difíceis, vividas por ela e por sua parentela imediata municie D. Dina com um arsenal de referências e receitas para que enfrente os desafios apresentados por suas pacientes.

Dos 12 *filhos de tempo*, só 10 sobreviveram. Sílvia e Ênio morreram como poucos dias. E, dentre estes 10 filhos vivos, ela criou a maioria. Mas, como muita gente em Melgaço, ela também *deu* alguns, principalmente nos momentos de maior dificuldade financeira e familiar. A filha caçula Goreti mamou até os seis meses e depois D. Dina a *deu* (ou “emprestou”, nesse caso) à Glícia, outra filha mais velha e já casada à época. Goreti só voltou para casa com 10 anos de idade. Pelo que entendi, é mais difícil criar infantes porque há muita despesa e pouco retorno com a contribuição de mão-de-obra. Adolescentes, por sua vez, ajudam muito, em casa e na roça.

O casamento de D. Dinorá com Almeida, “o pai de seus filhos”, durou quase 20 anos. Um dia, sua filha Nívea chegou para tomar um gole de café enquanto eu lavava as vasilhas. Conversávamos sobre nossos casamentos e eu puxei o assunto:

Soraya: Por que a D. Dinorá separou do Seu Almeida?

Nívea: Foi assim. Ele sempre achava que nenhum filho da mamãe era dele. Vivia vigiando a minha mãe. Quando a gente morava no interior, ele ficava embaixo do jirau, tocaiano de dentro do casquinho, com a espingarda. Pra ver que homem ia chegar pra dormir com a mamãe. Nunca chegava homem nenhum, mas ele ficava ali. (...) Aqui em Melgaço foi a mesma coisa. Ele ficava tão brabo que não trazia comida pra minha mãe quando ela tava de resguardo. Ele só trazia comida que ela não podia comer. Ele fazia farinha e virava dinheiro, então era ele quem colocava comida dentro de casa. Mas nada pra ela. A gente ficava com pena, mas não podia fazer nada. (...) Ela sofreu muito com ele. Ela contou que ele até batia nela. Aí, um dia, ela foi fazer a venda na festa. Levou as coisas, né, churrasquinho, comida, essas coisas. A gente foi com ela ajudar. Lá, ela encontrou um sobrinho dela. Ela não bebe, mas nesse dia a gente viu ela tomar duas cervejas. Foram só duas. Ficou lá conversando com ele. Depois, no final, a gente ajudou ela a trazer as coisas de volta. Carregando panela e tudo. Quando ela chegou em casa, papai veio. Ela virou bicho. Nem tava porre, mas começou a gritar como se estivesse. Eu sei que ela não tava doida, mas ela ficou brava. Não deu nem tempo dele desatar a rede, passou o terçado na corda e saiu. Nunca mais voltou. Depois, ele foi embora da cidade. Eu tava com 12 anos. Quando ele voltou, eu já tinha filho. Então ele teve um bocado de filho, mas criar mesmo, só criou três no máximo. (DC, 14/09/2005)

Eu sempre ouvia casos de desconfiança de paternidade como o que pairou, por muito tempo, entre Almeida e D. Dinorá. Antes disso, porém, a acusação de infidelidade era o motivo mais comum de desavenças entre cônjuges. Em Melgaço, homens que não assumiam sua paternidade geravam muitos conflitos, dentre os quais, alguns eram levados até o Fórum de

Justiça local. Lá, mães solteiras exigiam o pagamento da *despesa*⁴² e algumas parteiras cobravam pelo trabalho realizado no parto da criança.

Então, pelo que pude apreender depois que a família estava composta, D. Dina e Almeida resolveram migrar, como tantos outros, para a sede urbana do município. Ela me explicou um pouco do que motivou a mudança, revelando as decorrências sociais da prática do latifúndio e da autoridade monopolizada:

[Lá no interior,] a gente plantou toda uma roça de açaí. A terra onde fez o açazal era alugada. E o homem quis de volta depois que fizemos tudo aquilo. Os meus filhos João Paulo e o Jaime não aceitaram isso e queriam brigar com o homem. Eu não quis ver meus filhos mortos e resolvi que a gente tinha que ir embora. Não queria morte na nossa família. Já tinha morrido gente ali por conta de terra e planta. E também, na cidade, tem duas coisas que lá fazia falta: saúde e escola. Lá, os professores não davam aula. Iam numa aula e depois faltavam dez. E a saúde que era muito difícil de cuidar no interior. Tinha remédios caseiros, a gente tirava ervas da mata. Mas se alguém realmente precisasse, não tinha o recurso (DC, 19/09/2005).

D. Dinorá, então, vive na cidade há pouco mais de 20 anos, mas logo ao chegar, se separou do marido, como a filha Nívea contou acima. À época da pesquisa, cinco dos 10 filhos vivos de D. Dinorá moravam em Melgaço: Nívea, Maria Auxiliadora, Éder, Goreti e Jardelson. Todos viviam separadamente em suas casas, com os respectivos cônjuges e filhos. Três outros se mudaram para Breves, um vivia em Bagre e a primogênita já estava em Belém há muitos anos. Ao todo, até a escrita dessa tese, a parteira tinha 48 netos e cinco bisnetos. Sua filha caçula e duas de suas netas estavam grávidas enquanto eu lá trabalhava e a família prometia crescer mais ainda, dado o valor da filiação, os constantes recasamentos e as paqueras dos adolescentes que pareciam cada vez mais sérias.

Deste total, havia 56 parentes diretos da parteira em Melgaço, entre filhos, noras e genros, netos e bisnetos. Eles moravam todos na parte *de trás* da cidade e relativamente perto de nós. Eu encontrava com eles diariamente. De manhã, apareciam os menores que tinham aulas na pré-escola, que funcionava de tarde. Tomavam café e comiam pão (ou mingau, quando eu me dispunha a cozinhar), de vez em quando havia tapioca que S. Bola trazia do *centro*. As filhas e noras de D. Dinorá vinham nesse turno para usar sua máquina de lavar roupas ou o fogão a gás. Ajudavam em alguma tarefa na casa, como esfregar o jirau da

⁴² A *despesa* era uma contribuição regular que o ex-marido repassava para a mãe de seus filhos. Poderia ser consensual entre os ex-cônjuges ou, na pior das hipóteses, poderia resultar do julgamento do juiz local. A *despesa*, semelhante à pensão alimentícia, equivalia em Melgaço, à época, entre R\$25 a R\$40 por filho, conforme a situação financeira e o emprego do homem. Mas *despesa* também tinha um sentido mais pontual, logo que o bebê nascesse, o pai poderia oferecer algumas peças de roupinha, uma *bóia* para a puérpera, um conjunto de fraldas etc. Nesse caso, a *despesa* pode ser providenciada independente se o casal permanece junto.

cozinha, fritar um peixe. Na hora do almoço, voltavam para casa ou comiam conosco, conforme a oferta de comida em cada lar. No começo da tarde, os netos adolescentes também por ali estavam, tirando um cochilo, contando casos. No final da tarde, os filhos e netos apareciam de novo para procurar alguma “boquinha” do jantar, mas principalmente para socializar as notícias do dia. Este era o momento de mais risaiada e descontração. Adultos, adolescentes e crianças se reuniam em torno da matriarca, enquanto penteava os longos cabelos ou terminava uma lição de casa para ir à aula de supletivo.



Muitos dos filhos, netos e bisnetos de D. Dinorá.
A parteira está sentada ao centro da foto, de
camisa branca e com dois dos menores no colo.

Eu sempre ficava impressionada com a generosidade de D. Dinorá. Mesmo mínima, ela sempre dividia a comida com quem aparecia. Havia poucos pratos e talheres na casa e a refeição era feita em turnos. Primeiro, os adultos e adolescentes mais velhos comiam e, depois, os mais jovens reutilizavam as vasilhas. As filhas e noras recebiam porções um pouco maiores para dividirem com seus pequenos no mesmo prato ou para levarem para os filhos ausentes naquele momento. D. Dinorá me dava um prato e eu me servia, mas eu esperava que ela já tivesse começado a divisão para que eu mimetizasse uma porção proporcional dada aos adolescentes. No início da pesquisa, eu achava estes parentes todos muito “folgados” e julgava que apareciam convenientemente à hora das refeições. Depois, fui percebendo que D. Dinorá ficava muito feliz de ter a família reunida ao seu redor e só aparentava constrangimento quando não podia oferecer um pouco de *bóia* para todos os presentes. Mas ela também chegou a insinuar a sobrecarga que acumulava, certa tarde: “Dá vontade de ir

embora pro Centro, sabe minha filha. (...) Tenho vontade de ir embora. Nas férias da Anita, acho que vou fazer isso. Lá tem farinha que eu posso fazer e vender para comprar bóia. Lá, eu não vejo o sofrimento dos meus filhos e não tenho que ajudar sempre. Eu sobrevivo com o que tem lá” (DC, 30/11/2004).

Fui notando também que a chegada de um ou outro membro da família poderia sinalizar que houvera algum conflito em sua própria casa, que o marido não conseguira vender sua farinha no comércio *da frente*, que faltara um par de chinelos ou um caderno para as crianças irem à escola etc. A casa da matriarca era um refúgio, muitos lhe buscavam em momentos críticos. Mas também gostavam de sua companhia, das histórias de *buchudas* e de suas “aventuras” com a antropóloga a tiracolo. A casa da parteira era um ponto de encontro, sempre cheio de gente e movimento.

Durante o casamento com Almeida, seus dias não foram fáceis. Ela criava a dezena de filhos sem muita ajuda financeira do marido e, segundo ela, ainda tinha que protegê-los deste homem beberrão e violento. Depois que se separou, D. Dina criou sozinha a prole. Ao se referir a uma moça que lhe visitara em busca de uma *puxação*, me explicou: “Tem mulher que fica a gestação toda, o resguardo todo sem comer direito. Igual àquela que foi lá em casa ontem. Estava com gase na barriga, lembra? Era fome. É difícil isso. Eu já passei por isso. Quando morava no interior, ficava dois, três dias sem comer. Mas eu ia entretendo meus filhos, com bolinho de farinha, café, mingau” (DC, 23/11/2004). Até o ex-marido, em seu leito de morte, reconheceu seu valor, de acordo com a lembrança de Nívea, uma das filhas do casal:

Quando ele voltou, a mamãe já tava com o Seu Bola [i.e. seu segundo marido]. O papai voltou muito doente. Tinha levado uma queda no mato, assim, bateu nas costas. Ele parava comigo ou com a Maria Auxiliadora [sua irmã]. A gente cuidou dele nos últimos anos. (...) No derradeiro dia, ele chamou a mamãe para conversar. Colocou a gente pra fora e só ficou os dois lá. Eu não sei o que ele falou pra ela. Pra nós, ele falou assim: “Minha filha, família é igual uma árvore”. Eu perguntei, “Por que, papai?”. Ele disse assim, “Eu sou a árvore. Mas a árvore não dá frutos. Sozinha, a árvore não dá os frutos. Eu sou a árvore e a sua mãe é a raiz. Ela é que dá os frutos. Vocês têm que cuidar dela. Façam por ela coisas que vocês não fizeram por mim”. E ele morreu nesse mesmo dia. Foi enterrado aqui mesmo em Melgaço. E ele tem razão, foi sempre a mamãe que uniu a gente, sabe. Ele disse que se ele faltasse não ia fazer muita falta pra nós. Mas se ela faltasse, aí sim ia ser difícil para nós. E eu sinto mesmo isso. Quando ela viaja pra fora, fica muito ruim aqui. A gente nem vem aqui na casa dela. O S. Bola diz que ele mora aqui também, que é pra gente vim ver ele. Se ele adoecer, ninguém nem fica sabendo. Mas se ela não tá aqui fica um vazio, fica um espaço. Não tem graça. (DC, 14/09/2005)

Antes, era D. Dina quem precisava de apoio. Hoje, ela ajuda os filhos porque **pode** fazê-lo. Sua hospitalidade e generosidade atuais precisavam ser contrastadas com esse passado difícil. Recorrer à D. Dina também se deve a sua atual situação financeira. Por conta desta situação relativamente mais favorável, D. Dinorá já tinha criado netos e afilhados e, à época da pesquisa, os netos Anita, Alan e Paulo José, com 10, 15 e 16 anos, respectivamente, moravam com ela. Diferente dos membros mais jovens da família, ela já contava com um *aposeno* de R\$300, referentes à sua aposentadoria rural. Na verdade, essa casa contava com três salários mínimos porque, além dela, Seu Bola e D. Neidinha também já eram jubilados. Além disso, ela ganhava ainda, em média, R\$20 por semana com *puxações* feitas pela cidade e uns R\$50 por mês com partos (fazia, em média, três partos por mês, mas dificilmente recebia por todos eles integralmente, como veremos no Capítulo 3). D. Dina ainda vendia patos, ovos e bijuterias ou perfumes (sob consignação). Também trocava o uso de seus eletrodomésticos (batedeira de açaí, máquina de lavar roupa, liquidificador, batedeira de bolo, bomba do poço d'água) por favores e porções de comida ou cortes de carne. Ela tinha acesso aos serviços de crédito facilitados aos aposentados (prática cada vez mais popularizados no país) e vinha tirando “empréstimos” para melhorar sua casa, principalmente. E, nas oportunidades em que participava de cursos de treinamento fora de Melgaço, recebia *diárias* e/ou *ajudas de custo*.⁴³ Mas ela também me contou que devia R\$700 no *crediário*, disponibilizado por homens que vêm algumas vezes por mês a Melgaço e, sob um *carreto*, vendem em domicílio artigos de cozinha, toalhas, brinquedos, roupas e sapatos. D. Dinorá tinha muitos desses artigos *agasalhados* dentro do seu quarto. Roupas de cama, conjunto de pratinhos de sobremesa, brincos folheados a ouro – tudo novo. Ela dormia na rede, era diabética e não tinha as orelhas furadas, então em supunha que esses bens, mais do que a importância de seu uso, lhe garantiam alguma segurança: caso necessitasse de dinheiro no futuro, podia trocar ou vendê-los na vizinhança.

D. Dinorá não era uma dona-de-casa típica. Ao sairmos para nossas “voltas clínicas” ou para algum evento fora de casa (reuniões na prefeitura ou na associação das parteiras, *ritual da unidade*, cobranças de maridos *maus pagadores* etc.), ela deixava as tarefas designadas a cada membro da casa. Os três netos que criava e os demais netos que sempre freqüentavam a casa recebiam ordens: lavar o chão da casa, lavar roupa, encher os potes com água, banhar e vestir os meninos menores, lavar a latrina, aguar suas plantas medicinais e

⁴³ Como visto no capítulo anterior, às vésperas de minha chegada, ela tinha aumentado a cozinha e construído uma cabine para o banho com as diárias recebidas em um curso em Belém. Estas formas de “remunerar” as parteiras serão melhor detalhadas no Capítulo 5.

fruteiras etc. Acredito que por conta de sua autoridade na casa, pelo fato de trazer rendimentos para a família e por ser mais velha, ela se desonerava de cumprir essas tarefas. Ela ajudava a alimentar e vestir o grupo, que, por sua vez, “pagava” com serviços domésticos e respeito à sua autoridade. Nunca vi D. Dinorá cozinhar ou lavar a casa, por exemplo, em todo tempo que ali morei. Torrar café, lavar roupa, pilar arroz, puxar água, catar piolhos nas cabeças mirins, costurar e remendar roupas e alimentar a *criação* de patos e galinhas eram tarefas que mais comumente eu via D. Dina cumprir.

Depois que chegou à cidade e se separou, D. Dinorá conheceu Seu Bruno, agricultor viúvo. E ele logo se interessou por Didi ou Dinoca, como lhe chamava na intimidade. Durante a semana, ele passava boa parte do dia no *centro*, cuidando de seus pés de mandioca e fazendo farinha para família. Saía de casa antes do sol aparecer e voltava antes dele se pôr. Na casa, Seu Bruno, também conhecido como Seu Bola, optava por uma participação bastante discreta. Pouco tempo passava ali, quase nunca socializava com os filhos e netos da esposa, que sempre apareciam durante o dia. Quando voltava da roça, tomava seu banho e ia comprar *bóia*, visitar algum de seus filhos que também viviam na cidade ou *encontrar mulher*. D. Dinorá sabia dos eventuais casos extraconjugais do marido, mas “fazia vista grossa”. À noite, ele voltava e se recolhia à rede pouco depois do Jornal Nacional, que assistia (ou apenas ouvia, quando a imagem do aparelho “sumia”) com atenção quase patriótica.

Ouvi várias vezes os filhos da parteira, especialmente os rapazes, criticarem S. Bola. Em Melgaço, a relação entre padrastos e enteados está muito presente, mas nem por isso é menos tensa. Os filhos da parteira desaprovavam as prioridades dadas ao dinheiro que S. Bola fazia com a venda ou troca da farinha ou advindo de sua aposentadoria. Ele, por sua vez, se irritava com a constante presença da família da esposa, especialmente no consumo da *bóia* da casa. Por conta desse contexto, poucas vezes eu presenciei a convivência de ambas as partes, que procuravam, já àquela altura, se evitar cordialmente. Ao contrário do costume local, desse segundo casamento não resultou filhos. D. Dinorá, uma vez na volta do *centro*, me contou que perdera um filho de S. Bola, logo que começaram a nova relação. Ela nunca mais quis ou conseguiu engravidar e talvez por isso a relação, mesmo antiga, ainda preserve alguma fragilidade.⁴⁴

⁴⁴ Talvez, quase à beira dos 50 anos, quando se casou com S. Bruno, D. Dina possivelmente tivesse atingido à menopausa. Ou talvez uma gravidez fosse mais difícil porque o casal, juntos, se tornava *manino*. D. Dina já havia me explicado que uma pessoa pode ser *manina* por si só, isto é, estéril. Mas também pode acontecer de um casal, ambos com filhos de casamentos anteriores, não conseguir gerar nova prole. Ela me explicou, “nesse caso, o sangue dele não agualhou com o dela”. E, para variar, eu emendava uma pergunta na outra. Ao querer saber o significado do verbo *agualhar*, a parteira riu de minha curiosidade e, com toda a paciência do mundo, explicou, “Agualhou é quando o sangue não combina um com o outro”.

Numa noite, dormindo no mesmo quarto que eu, D. Dina perguntou como era meu casamento. Quando eu valorizei a convivência e o diálogo que tenho com meu marido, ela disse: “O Bola fala pouco comigo. Eu admiro os casais que conversam. Eu nunca conversei com o Bola, nem quando a gente começou” (DC, 19/11/2004). Notava que, neste relacionamento, ela se beneficiava da estabilidade e proteção que um *homem dentro de casa* traz naquela cidade e ele recebia o pacote *casa, comida e roupa lavada* (mesmo que estas tarefas fossem cumpridas diretamente pelas filhas e netos de D. Dina). Mas em outros momentos, havia menos ares de contrato e obrigações e sim parceria e afeto. Ela organizava para que as filhas lavassem a roupa do marido, evitava que muitas crianças se juntassem na casa quando ele tentava descansar em sua rede nos sábados e não deixava de negociar sua ausência durante um parto ou viagem. Ele trazia uma comida que ela apreciava, arrumava uma janela da qual ela vinha reclamando, cuidou dela quando foi acometida por um derrame, ficando parcialmente paralisada. E admitiu, na frente dos risos de toda a família, que sentiu ciúmes quando ela viajou comigo ao Recife porque, em tom de brincadeira, eu havia lhe dito que compraria um biquíni bem curto para a parteira conhecer o Atlântico. E não foram poucas as vezes que eu vi os dois, observando o pôr-do-sol do banco da frente da casa, morrerem de rir das fofocas do dia.

Seu Bola era um pouco diferente do marido anterior de D. Dina. Almeida não gostava que ela saísse para atender as mulheres vizinhas na região ribeirinha onde viviam no Rio Anapu. Claro que essa configuração espacial exigia que D. Dinorá passasse vários dias com suas pacientes, já que as casas distavam minutos ou horas de barco. Quando perguntei à Nívea, sua filha, como seu pai lidava com o fato de D. Dinorá ser parteira, ela retrucou de imediato: “Mas quando! Ele não ia deixar ela sair como sai hoje, de noite, pras casas das mulheres. Ela atendia uma aqui outra ali. Não era como hoje, que vive com gente aqui chamando ela. Mas meu pai não ia deixar nunca” (DC, 14/09/2005). Também D. Neidinha, que vivia num puxadinho ao lado da casa de D. Dinorá, não aprovava suas saídas frequentes para atender as mulheres da cidade. Eu esperava que D. Neidinha fosse a pessoa que melhor aceitasse o trabalho da filha já que compartilhavam-no. Mas ela boicotava o trabalho da filha, não lhe dava recados de moças que vinham lhe procurar, chamava-lhe, frente aos vizinhos, de *putinha velha* porque *vivia na rua*, desafiava sua autoridade como mãe e avó ao dizer que nunca estava em casa ou que sempre viajava deixando todos desassistidos.

Também com S. Bola, D. Dina ainda enfrentava alguma resistência para exercer seu trabalho. Eu notara o mesmo com várias outras parteiras. A principal queixa é passar muito tempo fora de casa, de noite e sob o mesmo teto que outros homens (em geral, os maridos ou

parentes das parturientes). Mas S. Bola explicava sua contrariedade de outra forma: “Os filhos da Dinoca querem que ela não trabalhe mais no centro. Eu trabalho para não ficar amontoado aí com os filhos dela. Não tem como ela ficar saindo à noite desse jeito. Dorme quente e sai no frio. Isso faz mal para ela. Eu não me incomodo com o trabalho dela. Mas antes, vinha chamar ela cedo. Hoje, eles vêm até à 1h da madrugada” (DC, 24/11/2004). Apesar de alguma crítica, pelo menos hoje ela pode praticar, diferente da época em que estava casada com o Finado Almeida, como a ele sempre se referia.

Quer dizer, D. Dina já tinha atendido alguns partos e grávidas no interior. E, quando chegou a Melgaço, ela conta, “Eu já pegava menino, mas ninguém sabia” (DC, 03/10/2005). No começo de uma manhã, enquanto puxava Cristina, uma moça jovem de segundo filho, D. Dinorá conversava com a sogra da mesma, Maria José.

Maria José: Eu já atendi um parto. Era uma cunhada, me chamaram. Ela tava num barco pequeno, dentro da rede. E teve lá mesmo. Foram chamar a moça da Unidade e já tinha nascido.

D. Dinorá: Eu também comecei assim. Eu ficava com a mulher enquanto iam chamar a parteira. Eu ficava dando chazinho, cuidando dela. E aí, não dava tempo da parteira chegar. Era eu mesmo. E depois me chamavam para atender as cunhadas, as irmãs e as vizinhas também. Foi assim que eu comecei. O primeiro parto que eu fiz foi da minha mãe. (DC, 06/10/2005)

Para mim, o mais surpreendente nessa diálogo é justamente essa última informação: seu primeiro *filho de umbigo*⁴⁵ foi, na verdade, seu irmão. Muitas das parteiras que conheci e entrevistei aprenderam a *pegar menino* observando suas mães e avós, também parteiras. E D. Neidinha hoje com mais de 80 anos, primeira “paciente” de D. Dinorá, também fora parteira. Imagino que, durante esse parto, a mestra, mesmo em meio a dores e *puxos*, foi dando algumas dicas concretas à filha. Assim, o “batismo de fogo” se deu com o *parto no susto*, enquanto a parteira “oficial” era buscada. (Esta entrada no campo obstétrico não oficial foi notada entre muitas parteiras e será melhor discutido no Capítulo 3).

Contudo, D. Dinorá ganhou mesmo experiência, clientela e renome em Melgaço. O primeiro parto feito na cidade foi o da sua filha Maria Auxiliadora e serviu-lhe como um eficiente iniciação na cidade:

⁴⁵ *Filho de umbigo* é aquela criança que nasceu pelas mãos de uma parteira. O umbigo, cortado por essa parteira, cria um parentesco simbólico de filiação entre ambas as partes. É bom lembrar que *cortar o umbigo* é uma das principais atribuições de uma parteira, tida como uma das que mais exigem perícia, experiência e instrumentos adequados (e.g. tesoura, esterilização etc.).

A Maria Auxiliadora foi o primeiro parto que eu fiz aqui em Melgaço. Ninguém queria atender ela. Benta e Amorosa mandaram dizer que estavam viajando. O marido de Camila não deixou jogar osso aos cachorros como se diz. Não deixou ela vir. Tetéia estava num parto. Eu não ia deixar minha filha morrer. Diziam que ela era de risco, que era jitita [i.e., pequena] demais, tanto é que ela é jitita até hoje. Queria levar ela pra Breves. Quando deu as dores, eu atendi ela. Foi um parto difícil. Depois, a enfermeira mandou me chamar para conferir o umbigo, ver a criança. Ver se eu tinha feito certo. Ela ficou impressionada. (DC, 22/11/2004)

Quer dizer, parece que o destemor e a competência de D. Dina foram reconhecidos pelas colegas parteiras e pela enfermeira local. E, numa das viagens que fizemos juntas até Breves – ela deitada na rede e eu sentada à beira do convés – perguntei quantos partos tinha atendido até então. “Para mais de 200, minha filha. Eu tô em Melgaço há 22 anos e, desde então, raramente passou um mês sem eu pegar um menino. Mas tem mês que eu atendo bem mais que um parto, você sabe. Desde que peguei o menino da Maria Auxiliadora, nunca mais parei”, lembrou (DC, 30/11/2004).

D. Dina angaria autoridade moral, destaque social e rendimentos com o trabalho de parteira. Ela também se apraz com o papel que lhe é conferido de emitir julgamentos e diagnósticos sobre situações reprodutivas e prescrever receitas e soluções para os problemas que lhe dirigem. Mas seu trabalho não é de todo prazer e, aos poucos, ela foi se sentindo mais à vontade de compartilhar desgostos comigo. Ela se queixou de conflitos com outras parteiras, *lobas* (i.e., calotes de clientes), acusações de erro médico, falta de material para conduzir o trabalho e, claro, vários tipos de *aperreios* como mortes neonatais, seqüelas de parto, momentos de medo e insegurança etc.

2.3 A puxação: A principal atividade da parteira

Além de receber pacientes a qualquer hora em casa, D. Dinorá estava igualmente disponível para visitar as mulheres que lhe mandavam um recado, requisitando uma visita. No início ou no final do dia, quando o intenso calor dava trégua, eu sempre lhe acompanhava nessas “voltas clínicas”, como eu denomino suas caminhadas para atender diferentes casas, mulheres e problemas. Pelo visto, D. Dinorá parecia ser uma das duas parteiras mais requisitadas no momento. Ela atendia uma média de dois partos por mês e realizava, quase que diariamente, atendimentos que envolviam *puxações*, receitas com plantas medicinais e aconselhamento psico-emocional. Durante as duas temporadas em que estive em Melgaço, D. Dinorá atendeu 32 mulheres, o que significa, em números, 10 partos e 61 *puxações* (durante a

gravidez, trabalho de parto, parto, pós-parto e pós-aborto). Quer dizer, algumas mulheres, sobretudo gestantes e puérperas, receberam mais de um atendimento de D. Dina. Quer dizer também que o atendimento obstétrico propriamente dito foi antecedido e procedido por *puxações*.

Conhecer de perto o trabalho de parteiras significa, extrapolar os limites fisiológicos do parto e da saúde reprodutiva. Sua atuação começa bem antes da mulher engravidar e termina dias depois do bebê ser expulso. Assim, alio-me à uma idéia de “saúde” bastante ampliada e complexificada. No Brasil, muito já se detalhou sobre o trabalho das parteiras, sobretudo, durante o parto (e.g. Pereira, 1993; Bessa, 1997; Freitas, 1997; Chamilco, 2001), inclusive historicamente (e.g. Mott, 2002, 2001, 1999a, 1999b; Barroso, 2001; Caixeta, 2003; Mendonça, 2004; Pinto, 2004) e, por isso, aqui pretendo lançar o foco sobre uma parte pouco visibilizada e comentada de seu trabalho, a *puxação*.

Essa massagem abdominal (que também pode ser feita em outras partes do corpo) é realizada em vários momentos da vida de uma mulher. Pouco foi dito sobre a importância e extensão dessa prática no país e menos ainda sobre seu significativo papel terapêutico.⁴⁶ Além disso, diferente dos partos, menos frequentes, as *puxações* aconteciam cotidianamente e foram nesses encontros – ouvindo as conversas entre D. Dinorá e suas pacientes, observando a casa e as dinâmicas familiares, atentando para o corpo e as práticas dessas mulheres com o cuidado de sua saúde e de seus filhos – que mais pude aprender sobre o trabalho das parteiras e seu papel na comunidade. Diferente do parto, durante as *puxações* o diálogo era possível e fundamental e, por isso, permitia que a antropóloga pudesse observar, ouvir e comentar os dados que lhe chegavam. E por fim, é bom lembrar, que a *puxação* é realizada durante toda a vida das mulheres, particularmente durante o ciclo reprodutivo e, como mais freqüência, durante a gravidez. Mas não só grávidas são *puxadas* e nem só parteiras *puxam* as pessoas. Rezadeiras, curandeiros, *puxadores* também *puxam* partes do corpo, como músculos, pele, ossos, ligamentos, órgãos internos, cabelo etc. (e.g. Vargas e Naccarato, 1993: 44).

Neste capítulo, desejo comentar mais detidamente o contato com Silvana, uma das 32 mulheres atendidas por D. Dinorá durante minha estada em Melgaço. Escolhi esse atendimento porque reúne várias das informações e significados exponenciados pela *puxação*. Sua gestação foi especialmente complexa e a presença da experiência, observação e mãos da

⁴⁶ Sheila Cosminsky, estudando as parteiras mexicanas, comentou com razão: “Poucos estudos, no entanto, dão detalhes específicos sobre as massagens” (1977a: 311). E, de fato, a *puxação* só foi mencionada em alguns estudos etnográficos (e.g. Kelly, 1955; Jordan, 1989, 1993; Parra, 1993; Villatoro, 1994; Browner, 1995; Sesia, 1997). Jordan (1993) e principalmente Sesia (1997) nos brindam com os relatos e análises a meu ver mais detidas da *sobada*, correspondente mesoamericana dessa massagem.

parteira ajudaram-lhes a fazer sentido desse evento. A *puxação* não era onipresente somente em Melgaço – também aparecerá ao longo de toda esta tese. Contudo, no presente capítulo, desejo concentrar a discussão sobre esta massagem para tentar mostrar como a mesma foi fundamental para que, na biografia de D. Dina e, creio, das demais parteiras, se desenvolvesse um espaço privilegiado para seu trabalho como parteira. Quer dizer, avento a hipótese de que, para a maior parte das parteiras, a *puxação* é um eficiente cartão de visitas com as pacientes, uma importante cadeira em sua “residência médica” e uma generosa porta de entrada no ramo para se tornarem boas e famosas parteiras.

2.3.1 O caso de Silvana: Uma *barrigada* “estranha”

Um dia antes, D. Dinorá tinha recebido um recado. Pedro tinha ido até sua casa lhe pedir para *puxar* a esposa, Silvana, chamada por todos de Sil. Naquela tarde de 10 de setembro de 2005, D. Dinorá, D. Jajá e eu fomos até o Moconha, uma rua recentemente povoada à beira da orla. Apesar de estar *na frente*, era visível e simbolicamente *de trás*.⁴⁷ Jajá e D. Dina eram parteiras e bastante amigas, portanto, era comum que *caminhassem* juntas, visitando mulheres e conhecidos. Eu ia empurrando a bicicleta sobre um terreno arenoso e poeirento. O transporte seria útil para levar D. Dinorá de volta para casa, a oito quarteirões dali.

Em nossas “voltas clínicas”, sempre encontrávamos várias pessoas, ficávamos sabendo das notícias do dia e eu aproveitava para aprender cada vez mais. No caminho, duas ou três crianças pediram a benção de D. Dina. “Eu sou mãe de umbigo deles”, me explicou. Quer dizer, *pegou-lhes* ao nascer. Encontramos D. Julieta e D. Dina lhe lembrou, “Você sabe que dia é amanhã, irmã Julieta?”. Ela riu e disse que certamente estaria na reunião da associação de parteiras. Adiante, encontramos Nália e sua bebê Quitéria visitando uns vizinhos ou parentes. A menina estava grande, toda perfumada e banhada. Vestia uma calcinha amarela de renda. Nália se dirigiu a mim: “Eu vi a senhora e me perguntei se não era aquela que tinha estado lá em casa” (DC, 10/09/2005). Em 2004, na primeira etapa da pesquisa, seu *ritual da unidade* (que será detalhado adiante, ainda nesse Capítulo) foi o primeiro que eu acompanhara. Ela contou que Quitéria agora estava bem, mas se recuperava de uma pneumonia forte, em que passou cinco dias internada no hospital em Breves. Eu ouvia muitos

⁴⁷ Como mostrou Baia (2004), em sua análise sobre as novas configurações urbanas em Melgaço, após a intensa migração de famílias do interior, várias novas ruas foram abertas na cidade.

casos de bebês com pneumonia e também da recorrência com que se acionava os hospitais vizinhos.

D. Dina não sabia ao certo onde morava Sil e, à medida que avançávamos, ia perguntando aos vizinhos. Chegando lá, Pedro nos recebeu, “Subam, subam, minha gente”. Batemos os chinelos para tirar a poeira. Ali, no jirau da frente, Silvana, com um baita barrigão, dava banho em dois filhos pequenos. Todos tinham o típico cabelo escuro e liso, mas o que mais me chamava à atenção eram os olhos verdes e amendoados da família. Pedro buscou um banco para que as parteiras e eu sentássemos.

Pedro: Eu fui na casa da senhora ontem, mas seu marido disse que tava pra escola. A gente tava pro interior e deu uma dor nela. Ela mandou eu buscar a parteira. Disseram que uma senhora lá era parteira e fui lá. Mas quando foi puxar minha mulher, eu só ouvia os passamentos lá de dentro. Fiquei com medo de matar a minha mulher. Depois me explicaram que ela não sabia puxar. Não tinha essas coisas de parteiras.

D. Dinorá: É, é perigoso. Não é qualquer um que puxa. Mas olha, eu acho que tem que respeitar a mulher. Ela tem que ser atendida pela parteira que ela escolher. Eu ando pra rua e as pessoas maldosas dizem que eu tô procurando cliente. Mas não é. O povo me busca, fazer o que. Mas tem que deixar a sua mulher escolher. Tem muita parteira por aqui. (DC, 10/09/2005)

Depois, D. Dina explicou que eu estava fazendo uma *pesquisa* e que, por isso, a acompanhava em tudo. Pedro e Silvana me observaram curiosos, mas nada disseram. Fiquei sentada no banco que nos fora oferecido, tentando ser o mais discreta possível, pelo menos enquanto Sil ficava mais à vontade com as duas parteiras e eu. Entramos na casa. Era do tipo mais comum em Melgaço, que denomino de “casa-vão”, isto é, uma pequena casa de madeira sem paredes internas. No canto perto da porta, havia uma mesa coberta com uma toalha de plástico florido e um banco corrido, estilo mesa de piquenique. Nessa parede, notei que uma dezena de painéis e tampas caprichosamente areadas estavam presas entre as tábuas. Numa pequena prateleira, alguns potes de plástico, com açúcar, café e leite em pó. Como em outras casas, aqui não havia geladeira e a comida era providenciada e consumida no mesmo dia. No outro canto, redes estavam suspensas, esperando a noite. Algumas poucas roupas estavam dobradas sobre uma pequena tábua fixada na quina das paredes, que servia de prateleira. Vassoura, enxada, terçado também eram vistos a um canto. Nisso consistia a casa e os bens do jovem casal. A mãe de Sil estava sentada numa rede com um menino pequeno e barrigudo no colo. Pedro nos ofereceu um leite morno, mas só D. Jajá aceitou. D. Dinorá forrou o chão com o pano que Silvana lhe dera. A moça deitou e ela lhe besuntou a barriga com óleo de cozinha

que levava num frasco de desodorante limpo e reutilizado. O marido era todo curioso. Observou a *puxação*, como eu nunca tinha visto um marido fazer antes. Silvana bem que tentou esvaziar a casa, mas todos queriam ficar. Ela ria de tempos em tempos, parecia tímida diante de tanta gente. D. Dina passou as mãos pelo ventre da moça, olhava para o vazio enquanto mentalmente tentava definir a posição e o tamanho do bebê.

D. Dinorá: Espia só, o bebê está de pé.

Silvana: Então é por isso que eu estava sentindo tanta dor.

Pedro: Qual é a posição que tem que estar, D. Dinorá?.

D. Dinorá: (Massageando para colocar o bebê na posição “certa”). De cabeça pra baixo, meu filho. Olha só como ele é resistente, já voltou pra ficar de pé. Esse aqui é danado pra dar cordão laçado. Bebê que só fica girando dá problema de laçamento. Vou vir te puxar de novo, minha filha, na segunda-feira bem cedo. Vou te acordar. De manhã é melhor para gente puxar. Aí, não vai mais te dar cara branca porque o menino tá com o pé na tua pente.

Pedro: Eu acho que ela contou errado. Ela engravidou em março e diz que é pra dezembro. Mas pra mim vem antes.

D. Dinorá: É verdade, tá muito grande essa barriga, menina. Você sempre faz barriga grande assim?

Silvana: É, D. Dinorá.

D. Dinorá: Eu vou passar na casa da minha vizinha lá para pegar um óleo com alho pra passar em você. É muito bom pra menino assim. Venho passar em você na segunda, pode deixar. Tenho mais confiança em remédio caseiro.

Pedro: Hoje, todo mundo quer usar remédio de farmácia, mas pra mim não funciona nada.

D. Dinorá: (...) Hoje, as mulheres são fracas. As minhas filhas são bem mais fracas que eu. Mulher tem que cuidar, meu filho.

Pedro: Eu sei, D. Dinorá. Tem muito homem que não valoriza a mulher que tem.

D. Dinorá: Isso mesmo, meu filho. (...) Minhas filhas casaram muito mal. É duro pra uma mãe ver filha levando porrada na cara. Eu tinha que entrar, com o risco de também levar, pra defender minhas filhas. Tem muito homem que não sabe cuidar da mulher mesmo. Tem muito homem que quer casar pra ter uma filha que pode bater. O homem não quer que a mulher trabalhe fora, mas também não traz dinheiro pra casa. A mulher põe a vida dela em risco nos nove meses. O homem também, quando sai pra buscar um palmito ou qualquer coisa. Mas o risco da mulher é maior. Tem mulher que sofre quatro dias com dor pra ter o filho e tem gente que acha que é culpa da parteira

que não consegue apressar o menino a sair. Mas a parteira não pode fazer nada. Só tem que esperar. (*ibid*)

A massagem terminou, Silvana se levantou e trouxe um baldinho com água para D. Dinorá lavar as mãos. “Então, a gente acerta, D. Dina, quando a senhora vier aqui. Eu quero começar a juntar o dinheiro do parto. Quero que a senhora assiste minha mulher”, explicou o marido. Eles agradeceram timidamente e nos fomos. Eu nunca tinha visto um marido tão cuidadoso com a esposa e, no caminho de volta, D. Dinorá me diria, “É, ele é bem legalzinho” (*ibid*).

Na segunda-feira, 12 de setembro, levantamos bem cedo e fomos de bicicleta até o Moconha, D. Dinorá na minha garupa, como costumávamos fazer nossas “voltas clínicas”. Na *frente*, vimos que os correios estavam cheios de gente. Era dia de pagar a conta de luz. Em casa, encontramos Silvana e Pedro bebendo um café. Os dois meninos pequenos estavam comendo pipoca industrializada. A mãe da moça, sentada no chão com uma criança nos braços, nada comentou durante nossa visita, como da vez anterior. A irmã adolescente de Sil estava costurando uma saia jeans.

O ritual foi menos formal e mais rápido dessa vez. A parteira havia trazido um preparado à base de óleo, alho, pólvora e raiz de chicória. Ela besuntou a barriga da moça. A irmãzinha, sentindo o cheiro, fez uma careta e mudou de lugar. D. Dinorá explicou o fenômeno interno e invisível, sorrindo satisfeita com o resultado: “Ele tá mudando de lugar, espia só. Tá descendo pro lugar certo”. “Toda vez que eu me mando puxar, tá dobrado”, diz a moça. Hoje, não houve tanto diálogo e em poucos minutos a operação estava concluída. “Eu volto em alguns dias, minha filha, para ver como tu anda. Vou deixar esse azeite para você. Quando for dormir, depois do banho, passa nesse mesmo lugar que eu passei. Só aqui em cima, na boca do estômago. Só aí, viu Sil? Vamos ver se ele consegue ficar no lugar”, recomendou D. Dinorá. “Meu marido não vai dormir comigo na rede com esse cheiro. Se eu soubesse, passaria toda noite. Acho que vou usar sempre, daqui pra frente, irmã Dina”, disse Silvana maliciosa e todos caíram na gargalhada. Eu notava como criativos anticoncepcionais, como esse, estavam à disposição. A parteira foi até o jirau para lavar as mãos e, na saída, o marido abordou o assunto do pagamento. Embora já tivesse dois filhos, disse:

Pedro: Olha, D. Dinorá eu nunca fiz isso antes e queria saber como é o serviço da parteira.

D. Dinorá: Eu assisto sua mulher.

Pedro: Depois a senhora vai embora, como é?

D. Dinorá: Não, eu fico até o bebê nascer. No dia seguinte eu torno a vir e fazer almoço e lavar a roupa. Faço isso por três dias. Depois, volto no 8º dia.

Pedro: E quanto é esse serviço?

D. Dinorá: 60 reais.

Silvana: A parteira do interior cobrava 50 e só assistia, não fazia mais nada. Assistia e ia embora. Então, esse preço é bom. Viu Pedro, é bom.

D. Dinorá: Além disso, eu moro longe e tenho que vir até aqui no Moconha. (DC, 12/09/2005)

Pedro e Silvana concordavam que havia alguma distância entre ambas as casas. D. Dinorá apanhou sua sacolinha e chinelas e eu lhe acompanhei. Nos despedimos e pedalamos até o correio, era nossa vez de enfrentar fila.

Uma semana depois, no dia 19 de setembro, D. Dina foi chamada novamente. Fomos de manhã, quando ela preferia *puxar* as barrigas, alegando que a mulher estaria de barriga vazia ainda. Foi difícil pedalar, a parteira estava mais pesada ou eu estava mais fraca. No caminho, cruzamos com Pedro e acenamos. Ele estava indo para o *centro* trabalhar. Nesta terceira vez na casa da *buchuda*, ela estava só com os filhos. Sua mãe e irmãozinhos haviam voltado para o Rio Tajapurú Grande, onde viviam. Só reapareceriam na cidade no final de setembro, para a festa do padroeiro São Miguel, momento bastante esperado durante todo o ano. Silvana estava lavando roupas no jirau. A casa tinha todo o assoalho limpo, as panelas lavadas, a mesa sem farelos de comida. Dentro da casa, D. Dinorá e eu sentamos nos bancos compridos e passamos à fase de sociabilidade que antecede a *puxação*. Era a primeira vez que encontrávamos a grávida sem o marido. Pelo visto, ele já se sentia à vontade de deixar a esposa sozinha conosco, já estava suficientemente informado sobre esta relação e as atribuições de ambas as partes.

Silvana: Nesse instante, eu tava lavando a roupa. Mas tô fazendo devagar porque a água é difícil de puxar.

D. Dinorá: Onde a senhora puxa a água?

Silvana: Da beira mesmo, do rio. Aqui tem torneira, mas a água não chega. Vai até a metade do Moconha e depois pára. É o Pedro tá rasgado, nem pode ajudar muito. Foi uma saca de açáí. Ele diz que sentiu rasgar quando colocou nas costas.⁴⁸ [Silvana se

⁴⁸ D. Vera Lúcia, parteira de Breves, me explicou como se referia e tratava das torções, luxações, distensões musculares na região: “Eu também puxo, puxo rasgadura e puxo desmintaduras. Puxar rasgadura é quando você

deitou sobre um lençol vermelho bem desbotado e estendido sobre o chão. D. Dinorá começou a lhe *puxar*, com olhos e mãos atentas].

Silvana: Eu tenho usado toda noite esse óleo, D. Dinorá.

D. Dinorá: Isso mesmo. Eu fui puxar a Sandra ontem [outra *buchuda* à época]. Chegou de Breves e não teve ainda. O médico disse que é para o dia 20 agora.

Silvana: A mãe e a filha estão buchudas, né D. Dinorá?

D. Dinorá: Isso mesmo. (...)

Soraya: E aí, D. Dinorá, o bebê endireitou?

D. Dinorá: Endireitou. Só tá encostado na perna dela.

Soraya: Como no caso da Sandra?

D. Dinorá: Isso mesmo.

Soraya: E você tá sentindo dor, Silvana?

Silvana: Senti ontem, mas foi pela lavagem da casa. O Pedro não pode ajudar muito porque tá rasgado.

D. Dinorá: A gente tem que contar com os filhos da gente porque se o homem fica fazendo tudo em casa, ele não dá jeito noutras coisas. [Ela terminou a massagem e ajudou a moça a baixar a blusa, DC, 19/09/2005].

Silvana concordou, ajeitando a saia. Depois dobrou e *agasalhou* o pano sobre o qual estava deitada. A “casa-vão” ficou vazia de novo. D. Dinorá lavou as mãos, nos despedimos e nos fomos. “Qualquer coisa, minha filha, é só chamar”, recomendou já na garupa da bicicleta.

Fazia um mês exatamente que tínhamos ido à casa de Silvana pela primeira vez. Era domingo, dia 9 de outubro e, na casa da parteira, comemorávamos o aniversário de seu filho e nora com um almoço em família. Umas 40 pessoas, entre adultos e muitas crianças, se reuniam no jirau da frente. Nisso, Pedro passou de bicicleta e disse: “A Sil tá sentindo uma dor ruim, D. Dinorá”. No final da tarde, depois do bolo, eu e D. Dinorá caminhamos mais uma vez até a rua do Moconha.

Um casal de amigos estava visitando Silvana e Pedro. O casal tinha um filho e esperavam outro. Os homens estavam no jirau, Silvana estava *mofina* dentro da rede, e a amiga Lucinalda, sentada perto da porta, participava de ambas conversas, de fora e de dentro

tá com uma dor nas costas, você sente o vinco da rasgadura. Aí, eu puxo. Puxar desmintiduras é quando você desloca uma junta e não consegue mover. Eu resolvo tudo isso” (DC, 17/11/2004).

da casa. Sil estava visivelmente irritada, não queria os filhos por perto nem queria comer ou conversar. D. Dinorá entrou e fechou a porta atrás de nós. Depois, Mércia, sogra de Silvana, chegou para visitar também. Todos, Pedro, Mércia e Lucinalda, pareciam preocupados com a *mofineza* da moça.

Silvana: Não sei, D. Dinorá, parece que vai se adiantar esse menino.

D. Dinorá: Tá dando isso mesmo, minha filha. Diz que é pra uma data e é antes. O seu, você diz que é pra dezembro e tá nascendo antes. Acontece assim. Não é que é de sete meses, mas é a mulher que menstrua toda a gravidez ou então menstruou só no começo e acha que não tá grávida.

Soraya: Mas é menstruação ou sangramento?

D. Dinorá: É o mesmo. A neta da professora Valentina teve um com sete meses. (...)

Mércia: Uma teve hoje na Unidade às 10h. É a nora da Ronalda. Tava com a criança em casa já. É menino.

D. Dinorá: É bom quando tem logo.

Mércia: Ela passou o dia na rede. Não adianta ser esparrenta. Eu não dava um gemido de vergonha. Eu nunca gostei disso. Era eu, a minha parteira e deus. Não gostava do meu marido por perto.

Pedro [que, lá de fora, ouvia a conversa]: Eu vou ficar.

Silvana: Mas quando! Eu vou fechar tudo. Então, foi pra essa nora da Ronalda que veio a ambulância hoje de manhã. Eu pensei que o Pedro tinha mandado para mim. Se fosse pra mim, eu não ia de jeito nenhum. Eu amanheci enrascada, D. Dinorá. Pulei, lavei roupa, enchi vasilhas, lavei roupa lá pra beira, tomei banho por lá mesmo.

D. Dinorá: Então, minha filha, vamos se afomentar?

Silvana: [Ela se levantou do banco, forrou o chão com uma lençol e buscou o óleo para a massagem]. Vamos sim, D. Dinorá. [Todos saem do vão. Só ficam a parteira, a grávida e eu. Como nos três encontros anteriores, D. Dinorá arreia a saia da moça, unta as mãos e passa a lhe sentir as formas pronunciadas do ventre].

D. Dinorá: Ele tava é sentado. Agora não vai ter mais cara branca. Não tem mais problema agora. Tá bem baixo esse menino, Silvana. Tem hora que eu sinto aqui que já é pra nascer. [D. Dinorá fica de pé e se dobra sobre o corpo de Silvana. Coloca as mãos por baixo de sua cintura e sacode a barriga.⁴⁹].

⁴⁹ No Peru, para virar um bebê, as parteiras também adotavam técnica semelhante, lá conhecida por *manteo*, idêntica à técnica empregada por D. Dinorá: “Consiste em colocar um xale ou um lençol embaixo das costas da mulher, que está deitada de costas. A assistente tradicional de parto [traditional birth attendant] toma as duas pontas do xale e balança ritmicamente e vagarosamente nas áreas dorsais e ilíacas, subindo e descendo várias vezes. Esse procedimento é geralmente acompanhado do uso de plantas” (Castañeda-Camey *et al.*, 1996: 205).

Silvana: Ai, D. Dinorá, dói a minha pente.

Soraya: Quando você falou da nora da Ronalda, você disse que não ia de jeito nenhum pra Unidade. Por que?

Silvana: É vergonha de estar lá. Onde a gente não conhece ninguém. E é só homem.

D. Dinorá: Bom, minha filha, acho que endireitei ele. Vai passar essa tua mofineza, você vai ver. (DC, 09/10/2005)

D. Dina tampou o frasco de óleo, lavou as mãos e se despediu da grávida, seu marido e visitantes. Caminhamos de volta com Mércia que morava adiante, ali mesmo no Moconha. Mércia conta que teve todos seus filhos em casa. Mas que, se fosse hoje, teria na *unidade*.

Depois, às vésperas de nossa viagem até o Recife, em finais de outubro, D. Dinorá procurou Silvana e todas as suas pacientes do momento para lhes dizer que estaria fora por alguns dias. No Moconha, não encontramos ninguém em casa e umas crianças vizinhas disseram ter visto a família na beira, tomando banho. Andamos sobre a areia fofa daquele trecho. Era impossível não sujar pés, chinelas e canelas. Encontramos Silvana dentro da água, de sutiã e shortes. Os dois filhos nadavam desenvoltos, como peixinhos. D. Dinorá lhe perguntou se fora ela que Dulce atendera na *unidade* recentemente. A enfermeira tinha dito à parteira que atendera uma moça com o filho que só queria ficar *atravessado*. Mas Dulce não se lembrava do nome da paciente e D. Dinorá suspeitava ser Silvana. A grávida confirmou, “Eu fui fazer a consulta de pré-natal. Mas a enfermeira Dulce disse que a minha barriga não tava muito normal e me deu um encaminhamento pra ir pra Breves. Eu pedi prum vereador a passagem e consegui” (DC, 29/10/2005). Muitas mulheres locais – geralmente as *de trás* – geralmente recorriam ao clientelismo local para se cercar dos serviços que deveriam ser de responsabilidade pública. “Lá, em Breves, D. Dinorá, bati o ultra-som. O médico disse que são dois meninos. Eu estou com medo, D. Dinorá”, disse entre sorrisos constrangidos. “Mas o médico me disse pra não ter medo porque dia desses, uma mulher chegou lá com quatro filhos no bucho. Eu acho que vou ser operada. Eu queria pedir desculpas por empatar a senhora, D. Dinorá, todo esse tempo”. D. Dinorá discordou: “Não tem nada disso. É a mulher que tem que escolher, minha filha. Também, eu não quero confusão por meu lado. Vai que eu te digo que posso fazer e depois é um parto complicado e eu fico de cúmplice? Gêmeo é de risco mesmo”. Silvana disse, “Isso mesmo. Eu vou pra Breves mesmo porque a enfermeira e o médico disseram que é de risco”. D. Dinorá anunciou, então, que já sabia que eram dois bebês, mas não quis anunciar isso à Sil para não meter-lhe medo.

“Pois é isso, minha filha. Qualquer coisa, esses dias, você vai na unidade falar com a Dulce, tá? Eu volto de hoje a oito [dias], no dia 6 de novembro”, explicou a parteira. “Depois que a senhora voltar de viagem, vou convidar o Pedro pra ir lá na casa da senhora pra conversar com a senhora”, disse Sil. Certamente, eu imaginei, para pagar as *puxações* recebidas e dissociadas do parto. Lucinalda, a mesma moça em visita à Silvana da última vez, chegou nesse momento para banhar a família também. Seus dois filhos pareciam se divertir com os de Silvana. Nos despedimos, as moças nos desejaram boa viagem e caminhamos de volta. A sós, eu perguntei à parteira porque não me contara que eram gêmeos. Ela disse, “O da Natália [sua nora] foi a mesma coisa. Eu só falei no final. Pra ela não esmorecer”. Assim, D. Dina demonstrava que já sabia se tratar de uma gestação gemelar, mas era preciso manter essa informação sob sigilo da paciente e de todos à sua volta (inclusive eu) para que o *aperreio* não se tornasse maior ainda. Creio que se Silvana não tivesse sido alertada na Unidade, provavelmente teria parido com a ajuda da parteira ou, em algum momento de inflexão em que percebesse não se tratar de um *parto para casa*, D. Dinorá lhe sugeriria procurar ajuda biomédica. Até então, D. Dina lhe oferecia justamente o que era esperado de uma parteira durante a puxação na gestação, isto é, explicar e amenizar dores e indisposições “estranhas”, socializar a moça e sua família para a maternidade e ajudar no planejamento do parto. Em nenhum momento, D. Dina foi acusada de “incompetência” por não ter anunciado que Sil *estava de gêmeos*.

Parecia também que todos na rua já sabiam do destino de Silvana. Quando paramos para fugir da poeira levantada por um caminhão, ficamos papeando com algumas vizinhas que conheciam D. Dinorá. Para meu espanto, uma falou, “Isso que dá ficar tomando remédio. Vem logo dois depois. Por que não espera vim um de cada vez, né?”. Foi então que eu entendi que ela se referia aos dois abortos que Silvana induzira anteriormente. Gêmeos (ou seja, mais trabalho para gerar, parir e criar) são um problema, pareciam quase uma punição por contradizer as regras. A história reprodutiva de uma mulher não é algo íntimo, mas bastante coletivizado. Mércia (sogra de Sil), Lucinalda (sua amiga), as vizinhas do Moconha, D. Jajá (parteira que nos acompanhara na primeira visita à moça) – todas observavam atentas a “estranha” gestação de Silvana. Uma barriga “grande demais”, *mofineza* e um bebê que *teimava em se endireitar* eram sinais de alerta que despertavam preocupação e curiosidade. Todas estas personagens tiravam conclusões do quadro e o trabalho da parteira encarregada tinha que ser o mais acurado possível em relação ao desdobramento posterior. Saber *puxar*,

em suma, era conseguir sintonizar diagnóstico com prognóstico em se tratando de uma gestação.

2.3.2 *Puxando durante a gravidez: Uma construção lenta e metódica da experiência*

À primeira visita da parteira, Sil dizia estar grávida há 6 meses. Mas, em geral, as parteiras são procuradas muito antes disso: o primeiro papel da *puxação* é explicar o repentino desaparecimento da menstruação e oferecer o eventual diagnóstico da gravidez: “Mesmo que as parteiras diagnostiquem a gravidez somente tocando o abdômen de uma mulher, as mulheres geralmente reportam confiar na habilidade da parteira em determinar se a mulher está grávida ou não” (Acevedo e Hurtado, 1997: 290). Quando o corpo feminino fica “diferente”, quando sai de sua “rotina”, precisa da parteira para explicar os motivos dessa mudança. Para interpretar o que existe dentro de uma barriga que mexe, que pesa, que dói, como no caso de Sil, não se usa somente a *puxação*.⁵⁰ Andando pelas ruas ou sentadas nos jiraus de casa, as parteiras podiam notar os corpos das mulheres que por ali passavam. Notavam ventres pronunciados, rostos *mofinos*, cansaço ao carregar uma criança no colo. Perguntavam e ouviam comentários sobre a moça, que sua menstruação falhou, que teve uma tontura quando estava cozinhando, que foi vista acompanhando um rapaz depois de uma festa etc. Reúnem esses dados e, quando essa mulher for *puxada*, a parteira alia tudo que já sabe ao que suas mãos lhe revelam e ao que as moças responderão mediante suas perguntas. Espera-se, então, que a parteira descubra e resolva o problema. Aqui, as parteiras ajudam a estabelecer os limites entre “normalidade” e “anormalidade” e a explicar o “inexplicável”. *Remédios do mato* são fabricados sob encomenda (como a mistura de óleo com alho, no caso de Silvana), *remédios da farmácia* são sugeridos, nomes de enfermeiras e médicos com boa reputação entre as pacientes da parteira são recomendados, além de prescrições morais (e.g. a

⁵⁰ Além da gravidez, as parteiras também *topam* substâncias ou seres inesperados como *ventos* (gases), *infecções* (que, localmente, são atribuídas ao desrespeito ao resguardo pós-parto), *bolas de sangue* (que, muitas vezes, informam sobre abortos mal realizados ou incompletos), *vermes* e *cobras* (quando mulheres são *emprenhadas pelos encantados*, “seres que são considerados normalmente como invisíveis às pessoas comuns e que habitam ‘o fundo’, ou seja, uma região abaixo da superfície da terra, subterrânea ou subaquática, conhecida como ‘encantante’ [...] e são] considerados ‘perigosos’, quando provocam doenças nas pessoas comuns, bem como conseguem levá-las ao fundo, onde poderão se tornar outros encantados” (Correa e Leonel, 2002: 40-1). Além disso, também aparecem mulheres que desejam saber se *lá dentro* está *tudo em ordem* porque desejam e não conseguem engravidar ou, uma vez grávidas, não conseguem *segurar* uma gravidez. No primeiro caso, D. Dinorá receitaria alguma *garrafada* para fortalecer e preparar o útero para receber a gravidez. No segundo caso, *emplastos de vinho* e *gemadas* são recomendadas para acabar com a *fraqueza na barriga* e reverter sangramentos, ameaças de abortos e fazer o *filho parar*.

definição de *bom marido* como D. Dina disse ao Pedro) e orientações para resolver a dor ou incômodo (e.g. cumprir as consultas de pré-natal no *postinho* etc.). Assim, fica claro como a *puxação* é ocasião para que a parteira observe os diversos elementos dos cenários (da gravidez, da mulher, da casa, da família etc.) e **faça sentido** de um bebê que não se mexe, de um *sangramento*, de uma dor de cabeça que não passa etc. Ela organiza a “desordem”. A partir dos corpos (do feto e da gestante), a parteira parece **organizar o mundo** dessa mulher e da casa onde vivem. Do microcosmo, como diria a antropóloga inglesa Mary Douglas, se entende e se faz parte do macrocosmo.

Primeiramente, o pensamento microcômico é um modelo do universo, portanto potencialmente compreensivo. Em segundo lugar, é uma analogia verdadeira, no sentido que é fundado sobre um esquema de orientações e de proporções paralelas. Não importa quais similitudes não se relacionam; as proporções similares tombam no coração de um sistema fusionando os paralelismos, assimilando tudo o que existe na sua própria estrutura de direções e de lugares. Em, terceiro lugar, mantendo a proporcionalidade, o microcosmo une o mundo social ao universo: as cartografias espaciais lhe permitem refletir a estrutura social num universo e, a partir de um certo ponto, o processo vai além da analogia, até proporcionar as regras de comportamento. O comportamento que não se refere aos princípios regulares acarreta penalidades. (2004: 142-3).

Enquanto *puxava*, D. Dinorá ia comentando o que encontrava e, geralmente, logo após esses comentários técnicos, ela emendava em alguma história semelhante de mulheres que atendera ou de suas próprias gestações. No exemplo descrito na seção anterior, D. Dinorá lembrou da neta da sua professora Valentina que teve um filho prematuro, de Sandra que recebeu a orientação de parir em Breves etc. Essas histórias tinham o caráter de mostrar à Silvana que seu caso não era uma exceção, que outras mulheres já vivenciaram o mesmo e que, se os “princípios regulares”, segundo Douglas, fossem seguidos, seria possível encontrar soluções. As histórias serviam também para D. Dinorá evidenciar sua competência terapêutica, talvez num paralelo aos diplomas que encontramos nas paredes dos consultórios médicos. Esses dois elementos – contextualização do incômodo e competência da parteira – serviam, assim, para apaziguar a paciente e transmitir-lhe confiança. A antropóloga alemã Brigitte Jordan encontrou, entre as parteiras mexicanas, papel muito semelhante para a *sobada*:

A massagem é sempre conduzida de forma lúdica e quase casual, com muita conversa acontecendo e com a parteira ocasionalmente interrompendo suas manipulações para contar uma história ou para comentar algum assunto levantado por outra pessoa no

quarto. (...) Nem todos os tópicos [da conversa] são relacionados com a gravidez, no entanto. Há também “papo furado”, troca de notícias sobre as pessoas, preços e eventos e, claro, nossa presença [como antropólogas] sempre era uma deixa para puxar conversa. (1993: 27).

Uma das coisas que eu ouvia sempre das mulheres em Melgaço era que preferiam não parir na *unidade* porque os médicos e enfermeiras lhes *metiam medo* demais. As parteiras, ao contrário, pareciam insuflar-lhes coragem e autoconfiança, em cada encontro. No caso de Silvana, apesar de ser atendida por uma parteira, aquiesceu ao medo que lhe foi insuflado pela enfermeira. Parece que a coragem que D. Dina lhe passava a cada encontro não foi suficiente para desafiar o parto hospitalar que a Unidade de Saúde lhe recomendou, mas Sil reconheceu o trabalho de D. Dinorá, ao lhe pedir desculpas por *tomar seu tempo* e insinuar que depois pagaria pelas *puxações*.

Diagnóstico e recomendações não são dados ao final, na sala ou à porta da casa, mas **durante** a *puxação*. E tampouco se restringem ao problema, mas descrevem a situação intra-uterina e da gravidez: “o bebê está de pé”, “tá muito grande essa barriga”, “tem que tratar bem essa mulher”.

Uma vez no status de *gestante*, esta mulher passa a visitar a mesma parteira ou a chamá-la sempre que sentir algum incômodo em decorrência da gravidez (dor nas costas, *cara branca*, *mofineza*, bebê *dobrado*, por exemplo) ou sofrer algum evento inesperado (e.g. surra do marido, uma queda, *rasgadura* de tanto puxar água do rio ou do poço). As visitas e *puxações* servem, principalmente, para que se fortaleça o novo ou antigo laço entre a paciente e a parteira.

D. Dina *puxa* a barriga de sua nora, Natália, grávida de sete meses à época da foto, em fins de 2004.



Se escolher permanecer com esta parteira, a moça a *contratará* para dois serviços consecutivos: *puxar* sempre que necessário durante a gravidez e, ao final do termo, *assistir* ao seu parto. Como no caso de Silvana, as *puxações* não foram pagas à medida que eram realizadas e um só preço foi acertado para o “pacote” que consistiu em visitas pré-natais, massagens, parto e visitas pós-natais.⁵¹ Caso a mulher não tenha certeza se quer (ou se poderá) parir em casa, ela paga cada vez que for *puxada*.⁵² Vi muitas vezes o que se passou no caso de Pedro e Sil: o marido (e não a esposa) chamar a parteira, explicar a situação, falar em pagamentos e contrato.

Além de aliviar eventuais dores, a gestante é *puxada* para que a parteira se certifique de **quatro** aspectos centrais: a posição e o sexo do feto, a data do parto e a possibilidade de parir em casa. Primeiro, *puxa-se* uma barriga para saber se o bebê está *na posição certa*, isto é, a posição cefálica que facilita o parto vaginal. Caso contrário, é preciso *endireitar* e *acostumar* o feto, durante toda a gravidez, a permanecer neste lugar *certo*. Na literatura, essa tarefa é uma das que mais se espera das parteiras (e.g. Cosminsky, 1977a: 311-12; Castañeda-Camey *et al*, 1996: 205, Sesia, 1997: 404-408; Pereira, 1993: 248-251; Jordan, 1993: 24-28). Em Melgaço, essa atribuição da parteira, que denomino de uma “socialização espacial do feto”, é fundamental para evitar o hospital, a cesariana e a dependência dos profissionais de saúde (da cidade e de Breves ou Portel) e da prefeitura (para passagens ou combustível até essas outras duas cidades, onde há hospitais de atenção secundária).

Mas um feto mal posicionado não é apenas um problema futuro, para a hora do parto. Incomoda durante a gravidez. Muitas, como Sil, reclamavam quando seu bebê ficava com a cabeça ou um cotovelo *enterrado no toco de sua coxa* ou quando doía sua *pente*. Assim, para lidar com um *feto teimoso*, as parteiras encontravam a cabeça e lentamente faziam com que aquele corpinho girasse sobre seu próprio eixo e deixasse o lugar onde escolhera para *se*

⁵¹ As parteiras de Melgaço, principalmente as mais requisitadas como D. Dinorá e D. Tetéia, por esse “pacote” cobravam R\$60 de *mulheres de primeiro filho* e R\$50 de partos subsequentes, alegando que o primeiro *serviço* é mais difícil porque é preciso *acostumar a mulher, ensinar-lhe como parir e ser mãe*. Parteiras menos “famosas” e diante de famílias mais pobres e/ou do interior, cobram preços mais amenos, como R\$20 ou R\$30 por parto. Para mais detalhes sobre isso, ver o Capítulo 3.

⁵² Uma *puxação* pode ser paga em espécie (com farinha, frutas, um favor no futuro, por exemplo) ou em dinheiro, de R\$1 a R\$3 por atendimento. Ir até a casa da cliente, dispor do óleo a ser usado, passar mais tempo (e dar conselhos, checar outros sintomas, massagear mais do que a barriga, examinar mais moradores da casa) inflacionam o preço, tanto da *puxação* quanto dos partos. *Puxar* mulheres *acostumadas* (ao contrário de *mulher de primeiro filho*) também é mais fácil, menos freqüente e mais barato, afinal seu corpo já está socializado para a gravidez e o feto tende a logo *se agasalhar* no lugar *certo*. Ser parente, receber a paciente na própria casa ou reconhecer que a mulher tem *pouca condição* (financeira) barateiam o serviço. Algumas mulheres prometem trazer o dinheiro depois, outras já levam a quantia sabida. Mulheres que não pagaram partos anteriormente *assistidos* pela parteira terão que quitar suas dívidas ou tentar negociá-la para que a gravidez atual seja atendida novamente pela parteira. Sabendo disso, inclusive, creio que, no caso acima, Pedro tenha chamado D. Dinorá não só porque ela era conhecida na cidade e o caso de Silvana precisava dessa experiência, mas também porque devia à uma parteira anteriormente acionada, D. Socorro.

agasalhar (se posicionar). Além de massagem, D. Dinorá também sugeriu que Sil usasse o óleo com alho, pólvora e chicória.

“Muito enjoado é sempre mulher”, “parece que é mulher porque vive com a barriga pra cima” e “mulher gosta de se agasalhar assim” eram comentários ouvidos durante as *puxações*. Interessante também é que, ao contrário do que encontramos entre classes médias urbanas no Brasil, aqui, saber o sexo não é exatamente uma medida para individualizar o feto.⁵³ Durante a gravidez, a mulher e sua família não se dirigem ao feto pelo nome que, muitas vezes, só é escolhido dias ou semanas depois de ter nascido, às vezes à porta do cartório de registro. O sexo do bebê tampouco reflete na compra do enxoval que tende a ser mínimo e adquirido (ou herdado) às vésperas do nascimento. Creio que o sexo do bebê sirva mais para explicar como e porque se *agasalhou* em certa posição ou está fazendo a mulher sofrer mais ou menos durante sua *barrigada*. É mais um aspecto para compor a lógica da reprodução, onde um *filho homem* ganha valor frente ao marido e sua família, por exemplo. Ser menino ou menina faz mais sentido dentro das estruturas de gênero e parentesco do que para caracterizar o indivíduo que ali dentro está sendo gerado.

Outra informação esperada da *puxação* é a previsão do parto. As mulheres querem saber quando vão parir para organizar seu tempo e sua vida familiar. Às vezes, é preciso avisar com antecedência à mãe da parturiente que vive no interior para que esta esteja presente na hora do parto; outras vezes, a mulher já sabe que deseja parir no hospital, com uma operação cesariana ou não, e precisa juntar dinheiro e planejar sua viagem até lá; ou, como Sil, querem entender porque a barriga está tão grande apesar de faltarem vários meses até o parto. “Tá bem baixo esse menino, Silvana. Tem hora que eu sinto aqui que já é pra nascer”, disse a parteira. Um exercício freqüente para prever essa data era localizar a cabeça do feto no nascedouro e empurrá-la para cima. Se o bebê voltasse rapidamente para o canal vaginal, era sinal da proximidade do parto. Tamanho, vitalidade, posição e batimentos cardíacos do feto são dicas valiosas também. O que, às vezes, dificulta a previsão do parto é a incerteza sobre a data da última *novidade*. Quando datas, tamanho do feto e da barriga e previsões biomédicas não coincidiam, as parteiras suspeitavam de bebês prematuros, de paternidade alternativa, de confusão entre menstruação e sangramento ou de gestação gemelar, como foi o caso aqui.

⁵³ Porém, por outro lado, a ultra-sonografia vinha sendo cada vez mais indicada pelos profissionais de saúde e ganhando cada vez mais destaque entre as mulheres locais. Esse aspecto, não estudado aqui, mereceria atenção de outros pesquisadores. Para os efeitos do ultra-som, conferir o interessante trabalho de Chazan (2006).

E, por fim, o quarto aspecto fundamental, notado durante as sucessivas massagens e encontros, é se a *mulher pode ter em casa* ou não. A *puxação* e as conversas munem a parteira com dados sobre a capacidade de abertura da *pente* e da força de *puxo* da mulher, sobre seu histórico de *complicações* durante partos anteriores (*abumina*, tremores, *passamentos*, abortos etc.), sobre as condições físicas da casa (luz, privacidade, panos, água, banheiro, comida), apoio da sogra, mãe e marido, se a família conta com recursos para *levar pra Breves* etc. D. Dinorá certamente percebera que, para as várias tarefas domésticas, Silvana não contava com o marido (que estava com as costas *rasgadas*), com os filhos (ainda muito pequenos), nem com a mãe (que vivia no interior). Era só Silvana, com sua enorme barriga, que puxava água, lavava a casa, a roupa, as vasilhas. São algumas das informações consideradas pela parteira para definir se é parto *para casa* ou não. Falhar nesse diagnóstico pode custar a vida da mulher e a reputação da parteira porque translados muito tardios podem fazer com que um *parto difícil* aconteça quando não há médico ou enfermeira na *unidade*, quando a maré está seca demais e nenhum barco consegue partir, quando o prefeito está viajando e não há quem libere o combustível para a viagem etc. Silvana queria parir em casa, como acontecera com seus outros dois filhos, mas a opinião de médico, enfermeira e ultra-som convenceram o casal a recorrer ao hospital de Breves. A parteira, que ia viajar e não poderia assistir ao parto, concordou que “gêmeo é de risco mesmo”. D. Dinorá também percebera que Silvana preferia viajar até Breves do que ter seus filhos na *unidade* em Melgaço, onde a moça “não conhecia ninguém” e, ao mesmo tempo, segundo ela, “só tinha homem”. Clara também era a influência da sogra de Silvana: Mércia incentivava às moças a terem seus bebês no hospital. D. Dina reuniu e ponderou sobre todas estas informações para melhor orientar a *buchuda*.

As gestantes tentam relacionar o que ouvem das parteiras com o que já foi vivido por elas ou suas parentas e com os diagnósticos emitidos pelos enfermeiros e médicos. O desafio aqui é fazer sentido desta gama de informações. Vale lembrar que uma mulher pode até ter *contratado* uma parteira, mas isso não lhe impede de contrastar suas opiniões com outras *puxações* e veredictos. D. Dinorá já era a terceira parteira que Silvana e Pedro procuravam. E todas essas conclusões (sobre sexo e posição do bebê e data e lugar do parto) são disputadas entre os curadores – *de trás* e *da frente* – porque, afinal, aproximar-se do resultado final é aumentar seu respaldo terapêutico na comunidade.

Mas, além de dores e incômodos, bastante típicos nas gestações que eu acompanhei na cidade, algumas gestantes procuravam as parteiras em casos de emergência. Quedas do jirau, das escadas, do trapiche, surras de maridos, pais e irmãos, brigas entre mulheres pelo mesmo candidato eram as razões principais para que uma gestante aventasse dano ou morte do feto.

D. Dinorá, por exemplo, era procurada imediatamente após o incidente e, no nosso quarto, vi muitos hematomas e lágrimas de *buchudas*. *Puxar* era necessário, portanto, para saber se o bebê continuava vivo, se havia sofrido das pancadas, se havia algum sangramento, perda de líquido ou perigo de aborto. D. Dinorá, além de chás e repouso, também aconselhava na resolução dos conflitos. A massagem permite que a parteira adentre na intimidade da família e do casal. Ela nota indícios de violência, conflitos conjugais, disputas entre parentes e afins, dificuldades financeiras, fome, desemprego etc.

Por reconhecer esta quantidade de informações íntimas e a velocidade com que as mesmas podem circular pela cidade pequena, D. Dinorá zelava pela privacidade de suas pacientes e cuidava para não passar adiante seus segredos e *aperreios* e nem deixar que a neta Anita (que freqüentemente nos acompanhava) participasse das *puxações*. Mas é bom lembrar que, já na adolescência, as filhas e netas das parteiras podem passar a lhes acompanhar também dentro dos quartos. E pelo que pude notar, a *puxação* também ajuda a iniciar essas candidatas no trabalho do partejar. Ora apenas observam as mãos ágeis das parteiras, ora são guiadas por essas mesmas mãos para sentir o que é explicado oralmente. Muitas foram as vezes, por exemplo, que D. Dinorá, reagindo ao meu olhar curioso ou confuso, colocava minhas mãos “na massa”. “Espia, Soraya, os carocinhos que eu te falei”, “Olha como tá inchada essa mãe do corpo” (Cf. Victora, 1999) etc. eram instruções que ela me dava enquanto guiava minhas mãos pelas barrigas, coxas, umbigos etc. Imagino que a mesma pedagogia sensorial era repetida com as parteiras neófitas. D. Dandara, outra parteira de Melgaço, me contou como esse **saber** lhe transformou, a partir de uma revelação, em substituta da mãe:

Eu ia passando no rio. Teve uma chamada pra minha mãe, que era parteira idosa. Ela pegou um negócio de não ter tato nas mãos. Não tinha luva nem nada. Um homem então chamou ela porque a mulher dele tava em perigo. Eu já tinha atendido os filhos dele. Tava na hora e não vinha a criança. A minha mãe disse que tava direito e podia nascer. Eu fiz o toque e tava atravessado. Eu vi que tava assim enterrado do lado. Eu meti a mão com óleo e fui levando. Escapului pela pente e nasceu. Aí, a minha mãe me disse assim, “Dandara, minha filha, fica este posto pra ti. Eu não tinha entendido esse caso”. Aí, eu virei parteira. (DC, 12/11/2005)

E depois, a mesma D. Dandara, em uma reunião de parteiras, quando foi se apresentar disse, também usando a *puxação* como critério central de mérito: “Nem me lembro a quantidade [de bebês] que eu já atendi. Sou moradeira do [Rio] Laguna. A parteira velha lá sou eu. A parteira nova **não decifra onde tá todos os ingredientes da criança**” (DC, 27/11/2005, ênfase

minha). São pelas **mãos**, principalmente, que mulheres curiosas e jeitosas se iniciam nesse trabalho e, também por elas, ganham renome (Jordan, 1993).

O período pré-natal é o foco de atenção de inúmeras campanhas biomédicas recentes, mas geralmente como a fase em que os “riscos” (categoria que vem cada vez mais se consolidando) podem ser detectados e, assim, evitados. Noto ainda que as políticas e os profissionais envolvidos com a chamada saúde “materno-infantil” tendem a priorizar o segundo pólo dessa díade, o feto (Cf. Jolly, 2003). Nesse sentido, é a gestante que deve se responsabilizar pela saúde do mesmo, comparecendo às consultas mensais, tomando as vacinas antitetânicas, alimentando-se com cuidado etc. E, ainda, especialmente nas áreas ribeirinhas e rurais, os cursos de capacitação para parteiras dedicam grande parte de sua ementa à listagem e descrição dos “sinais de risco”, isto é, circunstâncias fisiológicas específicas que poderiam ameaçar a vida da gestante e do feto. Das parteiras, se espera que encaminhem os casos “complicados” às unidades de saúde mais próximas (Ministério da Saúde, 2000: 79).

A prevenção do “risco” para a garantia da saúde fisiológica da mãe e de seu bebê é, portanto, o principal motivo do foco biomédico sobre o pré-natal. Mas as parteiras de Melgaço, por exemplo, oferecem nesta etapa ainda outros serviços, diferentes e, sugiro, centrais na lógica local de saúde. E a *puxação* é o principal deles. Whitakker realizou uma pesquisa sobre parteiras em vilas da Tailândia. Lá, ela observou que o trabalho das parteiras durante o puerpério ganha destaque justamente porque essa fase recebe pouca atenção dos médicos e hospitais (Whitakker, 1999: 230). Em Melgaço, a *puxação* é famosa **apesar** do pré-natal biomédico ser uma fase altamente estimada pelas autoridades sanitárias. E apesar das campanhas da Secretaria Municipal de Saúde, segundo muitas das melgacenses com quem convivi (parteiras ou não), há uma grande resistência em aderir ao pré-natal biomédico.

Ouvi vários motivos para se evitar as visitas mensais ao *postinho*. Por exemplo, as mulheres reclamavam que o serviço era oferecido nos horários em que mais estavam envolvidas com tarefas domésticas e cuidado dos filhos, elas se cansavam e se constrangiam da *maçada* de esperar horas por uma *ficha* e/ou pela *consulta* e se irritavam ao ver *gente da frente* furar a fila de espera. Elas me diziam também que os exames, *que enfiam coisas lá dentro*, doem. Alegavam que alguns profissionais de saúde (como agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, por exemplo) são vizinhos e/ou parentes e, por isso, receavam perder a privacidade de sua vida sexual e reprodutiva. Diziam também que as enfermeiras (responsáveis pelas consultas) estavam freqüentemente atrasadas, de folga ou indisponíveis. Muitas contaram que na suas gestações anteriores bem como nas de suas mães,

tias e avós o pré-natal não fora feito e os bebês nasceram saudáveis. Mulheres e parteiras me diziam ter *medo* do pré-natal (como medo de dor, de perder a privacidade ou a coragem, já descritos) e, mais especificamente, o *medo da outra vida*, isto é, *medo de descobrirem doenças perigosas*, como a própria *abumina*.

Acredito que estas explicações podem ser tidas como motivos “oficiais” para se evitar o hospital, frente a outros dois cenários nem sempre tão visíveis. Por um lado, maridos pareciam não aprovar o contato e a exposição de suas esposas aos homens e desconhecidos que trabalhavam na *unidade* ou no *postinho*. Durante as *puxações*, D. Dinorá e eu ouvíamos as mulheres se queixarem dos maridos que insistiam para que descontinuassem suas consultas no *postinho*. Por outro lado, e de forma complementar, acredito que freqüentar esses ambientes hospitalares oferecia uma dificuldade pouco tangível para os planejadores de políticas públicas e para a antropóloga (personagens *da frente* e/ou *de fora*, acostumados a circular pelos espaços das letras, do poder, dos recursos). Por exemplo, eu notei como as pessoas, mesmo doentes, deixavam de procurar a *unidade* porque julgavam não ter uma roupa limpa ou nova o suficiente para ir até esse espaço da *frente*. Outros me diziam se sentirem envergonhados por não conseguirem ler a caligrafia médica ou não entenderem algumas das palavras usadas durante a consulta. Algumas pacientes de D. Dinorá lhe pediam para que lhes acompanhassem até a *unidade* ou o *postinho* durante as consultas de pré-natal (mas também depois, no parto e na vacinação e registro pós-natais). Acreditava-se que a presença desta parteira renomada, “bem relacionada” (com ONGs feministas, autoridades da saúde de Breves e até com uma antropóloga branca e estudada) e viajada (porque, nos últimos meses, D. Dinorá tinha sido convidada até Breves, Belém e Recife para participar de cursos e encontros de parteiras) facilitaria o acesso e trânsito nestas instituições. Ter contatos e viajar nem sempre eram aspectos valorizados pelas pacientes de D. Dinorá, mas eram informações que reconheciam como valorizadas pelos *da frente*, justamente os médicos, enfermeiros, agentes do cartório e da SMS que lhes atendiam. Como D. Dinorá me lembrou: “Quando a mulher vai com a parteira, ela é melhor atendida na unidade porque todo mundo já conhece a gente” (DC, 03/09/2005). As gestantes que faziam o pré-natal tinham, de alguma forma, conseguido desconstruir os argumentos de resistência ao *postinho* e, assim, tinham logrado suplantar de alguma forma as resistências de gênero e de classe que estruturavam Melgaço.

Assim, por enquanto, arrisco a hipótese de que tanto por conta da complexa “arte” (social, afetiva, técnica) da parteira, quanto em razão do quadro de estranhamento do aparato biomédico, os serviços oferecidos pelas parteiras durante a gravidez sejam tão procurados. E,

mesmo que uma gestante atenda à consulta mensal no posto de saúde, não há como negar que a complementaridade terapêutica é acionada com fluidez nestes contextos.

2.3.3 *Puxando durante o trabalho de parto: Os holofotes no risco e na competência*

A cada atendimento, a cada *puxação*, as parteiras vão acumulando um conjunto de informações que lhes cercam de segurança para prever o tipo de trabalho que enfrentarão como também para decidir se atenderão o caso ou não. São nos encontros motivados pela *puxação* que a parteira avaliará os sinais biomédicos que aprendeu nos cursos de capacitação e os sinais que sua própria prática vem lhe ensinando há anos. Ao *puxar* uma mulher em trabalho de parto, D. Dinorá poderia rapidamente notar em que posição o bebê estava vindo. *Endireitá-lo* no momento do parto é menos provável e, por isso, todas as parteiras recomendavam que a mulher fosse *puxada* com antecedência, durante toda gestação. Quer dizer, sem a *puxação*, nem a relação entre curador e paciente é estabelecida, nem uma visão clara do quadro de gravidez pode ser vislumbrado pela parteira. É a ausência destes dois elementos que compõem, a meu ver, uma **idéia local** de “risco” (que será melhor discutida no Capítulo 4), em contraposição à idéia biomédica de “risco” que é geralmente atrelada somente às condições fisiológicas da gestante e de seu bebê. Essas informações fazem toda a diferença porque a parteira pode perceber – ainda na gravidez – que se trata de um *parto complicado* e logo sugerir que um hospital seja acessado ou que uma logística especial seja providenciada no ambiente domiciliar.

E, por outro lado, se concluir que o parto tem como transcorrer com normalidade, pode organizar o seu tempo e o da paciente. E quando as contrações começarem, a *puxação* bem leve, como uma *apalpação*, ajudava a saber a hora *certa* para fazer força de expulsão e previne *escarnicar* a parturiente, quer dizer, empurrar, se cansar e se arriscar prematuramente. As parteiras também admitem um limite importante da *puxação*: ela não ajuda a abrir uma *pente baixa, madura, fechada*. Esse quadro requer deslocamento da parturiente para algum cenário hospitalar, onde a *injeção de puxo* ou uma cesariana serão adotadas.

Geralmente, quando o trabalho de parto se inicia, a mulher melgacense manda alguém chamar sua parteira. Chegando lá, a parteira provavelmente perguntará se já houve o *signal de parto*, se a *dianreira arreventou* e se as *dores* estão muito intensas.⁵⁴ Depois, deitará a mulher

⁵⁴ O *signal de parto*, segundo me foi explicado por D. Dina, consiste num pequeno borrão de sangue escuro que o útero elimina e é interpretado localmente como um prenúncio certo da proximidade do parto. Algumas mulheres, geralmente as mais inexperientes ou primíparas, *ficavam forradas* (i.e., usavam um absorvente íntimo

e lhe *puxará*. A intenção, nesse momento, é tripla: saber se o feto está cefálico, em que altura está sua cabeça e prever seu nascimento. Por isso, não agradava às parteiras serem chamadas para atender uma mulher já em trabalho de parto, sem lhe conhecer ou sem ter lhe *puxado* de antemão. Isto significa que terão que atender sem saber como está o bebê e, pior, sem a chance de reposicioná-lo para facilitar o seu trabalho e o da paciente. Suponho também que essa indisposição das parteiras possa servir como uma desculpa êmica para contornar desdobramentos nem tão exitosos no atendimento destes partos.

Mas, em geral, não há essa correria toda. As parturientes e seus maridos tendiam a recorrer à parteira quando as primeiras dores começavam e, ao lá aportar, a parteira percebia que ainda teriam várias horas até a expulsão completa de feto e placenta. D. Dina, por exemplo, recomendava que a moça caminhasse, comesse alguma coisa para ter força durante as contrações e bebesse algum chá para adiantar o processo. Quando se cansasse, poderia deitar na rede por alguns minutos. Enquanto isso tudo, geralmente D. Dina zelava pela casa e família da mulher. Se a parturiente não estivesse ainda sob fortes dores e forças, era possível conversar um pouco. Era quando eu ficava sabendo de vários assuntos (não só relacionados àquele parto), de outras moças gestantes, das mudanças de profissionais na *unidade*, dos casos de separação de casais, das doenças que acometiam as crianças, de quem perdera o emprego ou migrara etc.

Quando as mulheres decidiam parir na *unidade*, a *puxação* também se mostrava útil. A moça entra em trabalho de parto e caminha até o hospital. Lá, ela é atendida e, com frequência, mandada embora, segundo a alegação dos médicos ou, mais provavelmente, dos atendentes de enfermagem, de que suas contrações estão muito “iniciais”. Ela volta para casa bastante frustrada e recorre à parteira. Aqui, fica clara a autoridade angariada pelas parteiras para **traduzir** o ritmo e percurso do parto: onde está o bebê, em que posição está vindo, quando deverá ser feita a força, quanto tempo até a criança nascer etc. (cf. Barroso, 2001, no Amapá). Quer dizer, a parteira ajuda a planejar um cenário “ideal”, isto é, a mulher ter tempo de caminhar até o hospital e ter seu bebê rapidamente sem que tenha que esperar pelos corredores solitários nem que corra o risco de ganhar o filho no trajeto até lá. É a *puxação*, no parto em casa ou no hospital, que ajuda a definir o ritmo e o tipo de parto que terão pela frente.

ou as tradicionais *toalhinhas*) durante todo o final do termo. Assim, conseguiam monitorar este último mês da gestação. *Dianteira* é a bolsa d’água que, quando arrebentada, também avisa que o bebê está a caminho. Ambos sinais são motivos para colocar a parteira sob alerta.

Ao longo do trabalho de parto, passar as mãos pelo ventre da moça não serve apenas para sentir a intensidade das contrações e a localização do feto mas, sobretudo, aplacar a eventual insegurança da parturiente. Muitas mulheres, geralmente as primíparas, D. Dinorá me explicaria, têm *medo do parto*. Novamente, a parteira é convocada a significar esse conjunto de sensações e eventos, muitas vezes desconhecidos, simultâneos e inesperados e invocar *coragem* à mulher.

A *puxação* evita o uso do *toque*, que consiste em enfiar um ou dois dedos vagina acima da mulher⁵⁵ e que é geralmente abominado pelas mesmas em casa ou no hospital. Muitas mulheres, como será visto no Capítulo 4, preferem ter seus filhos em casa (mesmo quando há *indicativo* de complicação) do que se “sujeitar” a serem *dedadas* repetidamente, me diziam, durante o parto na *unidade*. Outras preferem contrariar as hierarquias de parentesco e vizinhança e escolher parteiras pelo seu estilo de trabalho. D. Benta, por exemplo, era “famosa” pelo exercício do *toque* e algumas mulheres inclusive de sua própria família a preteriam por isso.

A *puxação* durante o parto também ajuda a aliviar dores musculares, esquentar o corpo da mulher e lhe dar mais força. Durante um dos partos em que estive presente, a parturiente repetia: “Gente, alguém puxa a minha perna. Eu não estou sentindo minha perna. Tá dando umas pontadas, gente. Assim, eu não vou ter força mais”. D. Dinorá molhou as mãos com álcool e esfregou com força nas pernas da moça.

É claro que, no parto, a *puxação* é apenas uma das técnicas usadas para avaliar a “normalidade” do processo. Cheiros atípicos, evacuação de fezes ou sangue, infecção, *escorrimento*, tremores, desmaios, magreza, ausência de *puxo* ou de abertura da *pente* – são alguns dos sintomas que alarmam as parteiras. E uma *puxação* leve durante o início do trabalho de parto parece ajudar as parteiras a reconhecerem especialmente esses problemas “invisíveis”. E ainda, quarto sem parede ou cortina, presença de marido, mãe ou sogra, conflitos familiares, crianças brincando ou chorando pela casa inteira, falta de luz, água e comida são ainda outros aspectos que podem complicar um parto e dificultar o trabalho da

⁵⁵ O toque vaginal, no ambiente biomédico, serve para medir, conforme o ângulo de abertura dos dedos indicador e médio, a centimetragem de dilatação da parturiente. Mas aqui, pelo que eu pude notar, chamam de *toque* o efeito de enfiar apenas um ou dois dedos no canal vaginal da mulher uma vez que a profundidade com que entram indica a distância que falta para a cabeça do feto *coroar*, isto é, chegar até o nascedouro, como explica D. Benta: “Eu cheguei na unidade e disseram que a moça já tava pra ganhar. Disseram que tava com 8cm. Eu disse que não tava na hora porque se o bebê tinha baixado 8cm, faltavam 2 ainda” (DC, 19/11/2004). O toque repetido, além de acompanhar essa saída do feto e ter certeza que vem na posição cefálica, mostra à parturiente para onde exatamente fazer força, sendo assim, uma medida didática também. Como o *toque* é uma estratégia polissêmica e polêmica, em seu estreito diálogo com o parto hospitalar e os treinamentos, ficará para a discussão sobre esse tema no Capítulo 4.

parteira. Tudo isso pode ser observado e previsto de antemão e certamente influenciará a decisão sobre onde e com quem parir. Se D. Dina tivesse atendido o parto de Silvana já tinha acumulado várias informações: havia notado que Pedro estava muito curioso para acompanhar o trabalho de parto da esposa, embora ela não desejasse sua companhia nesse momento; sabia que a sogra de Sil preferia que ela parisse em uma instituição hospitalar; que as vizinhas acreditavam que a gravidez gemelar da moça era uma espécie de “punição” por ter induzido dois abortos anteriormente e, se a parteira precisasse da ajuda delas no caso de algum imprevisto, dificilmente estariam disponíveis; também percebera que a casa contava com poucos recursos e estava bastante longe de uma fonte de água etc.⁵⁶

Massagear a barriga da parturiente é importante também para verificar a saúde do bebê. Segundo as parteiras, pontas dos dedos e palmas das mãos conseguem sentir um coraçãozinho lento, um corpinho frio, *atravessado, de pé, de bunda* ou notar se o bebê está *só no seco*, isto é, não há ou há pouco líquido amniótico. Estes são exemplos de *avexames* que as parteiras encontram e têm que resolver. Além disso, é possível notar também se são gêmeos, uma *cobra* ou qualquer outra figura heterodoxa.

O recém-nascido também é atendido. Logo que nasce, o importante é respirar, chorando ou não. Massagear seu tórax e costas e *puxar-lhe a garganta* eram técnicas para reanimá-lo e desimpedir as vias aéreas. A parteira notava também se a criança era *de tempo* ou não. Isso é importante para saber se, ao nascer pequeno demais, houve tentativa de aborto ou se tratou de um bebê prematuro. E, já nas visitas à Silvana, eu compreendera como saber a idade do feto era importante. E a parteira, *puxando* a gestante, é quem geralmente ajuda a estimar a idade gestacional para poder prever a data do parto, confirmar a paternidade da criança e, nos casos de cônjuges separados, garantir o pagamento da *despesa*. Lembro de uma conversa que tive com D. Dina em setembro sobre Letícia, uma adolescente de 14 anos que estava grávida.

D. Dinorá: A Letícia diz que o Luciano é o pai do filho dela. Se for em dezembro o parto, é dele. Quiseram botar ele no Fórum. Mas ele diz que ela andou com outro homem. Se for dezembro, ele paga o parto, paga tudo. Aí, afrouxaram. Tá grande demais a barriga dela para ser pra dezembro. Tá grande demais para ser primeiro filho. Dezembro, não sei não, mas acho difícil. Ela andou com um outro rapaz aí, diz que é um soldado.

Soraya: O Luciano tem mais dinheiro que o soldado?

⁵⁶ Como esse tema envolve muitas outras variáveis, possibilidades e idéias, optei por debruçar-me mais detidamente sobre ele no Capítulo 4.

D. Dinorá: Tem. É bem empregado o Luciano. É motorista de caminhão da prefeitura.

Quando o bebê retoma sua cor e fôlego, a parteira pode voltar sua atenção à mulher e sua placenta. *Puxa-se* a barriga da parturiente quando a placenta resiste em *desocupar*, isto é, descolar-se das paredes do útero e ser parida. Aqui, a *puxação* é mais um dos artifícios usados para a saída da placenta, um momento cheio de ansiedade para as parteiras.⁵⁷ Além disso, orações, café forte com manteiga, mudança de posição da mulher, chá de ervas abortivas, participação de rezadeira e/ou benzedeira etc. podem ser acionados para ajudar a *desocupar* a placenta.

2.3.4 *Puxando depois do parto: Um acompanhamento para a reordenação da vida*

Havia dois detalhes que me informavam que uma mulher havia parido em Melgaço: uma fila de fraldas brancas secando no varal dos fundos e as janelas da casa todas fechadas (“O frio pode dar tremor e febre com poucos dias de parto. A janela aberta pode dar frio”, me explicou D. Dinorá, DC, 27/10/2005). E, se eu continuasse a observar, essa casa receberia visitas diárias de uma parteira. Logo depois do parto, a parteira *contratada* visita sua paciente durante três a oito dias. A massagem abdominal é uma das principais atividades neste período. “O uso das massagens é universal nas comunidades mesoamericanas. Crê-se que as massagens promovem o ‘fluir do sangue’ e que, portanto ‘limpam a mulher’ (...); se usam também para aumentar a produção de leite (...) para aliviar a dor depois do parto e para guardar o útero em seu próprio lugar” (Cosminsky, 1977a: 323). A situação de pós-parto pode equivaler também a um pós-aborto (provocado ou não), cenário muito comum e ao mesmo tempo muito silenciado na cidade. Neste caso, as janelas fechadas, a fragilidade da mulher, a preocupação do marido, o momento liminar eram idênticos a qualquer outro parto, só faltando as fraldas secando ao sol.

Nos dias que se seguem após o parto, a parteira *puxa* sua paciente para ter certeza que seu corpo voltou ao lugar *normal*, que pedaços do *resto* não ficaram retidos, que a hemorragia cessou etc. Esse quadro tende a ser mais grave no caso do aborto. O útero (que, como em vários lugares do Brasil, aqui também é chamado de *mãe do corpo*, Cf. Victora, 1999) deve

⁵⁷ Quase todas as pesquisas sobre parteiras dedicam algum tempo à *desocupação do resto*, foco das parteiras e da saúde pública (Cosminsky, 1977a: 319). No Brasil, as teses sempre registram a Oração de Santa Margarida, como uso recorrente neste momento, inclusive no Pará: “Valei-me Santa Margarida. Nem estou prenha e nem parida. Sou de Deus favorecida. Tirai esta carne podre desta barriga” (e.g. Bessa, 1997; Chamilco, 2001; Dias, 2002; Costa 2002).

voltar ao seu tamanho normal, deve desinchar e estar preparado para uma eventual nova gravidez. Parece que o “normal” e “saudável” é que sangue e órgãos não transitem “descontrolados” ou “desordenados” dentro do corpo, mas que voltem, depois do parto, para seus lugares originais.

Aqui, *puxar* não serve somente à saúde da mais nova mãe, mas também confirma que o trabalho da parteira foi exitoso e visibiliza seu comprometimento com a cliente. Ao visitar suas puérperas, D. Dinorá verificava se cumpriam o **resguardo** para garantir sua saúde. O ideal é a mulher *quarentar* para, só então, voltar a comer e trabalhar normalmente. São vários os interditos nesta fase. Ela não deve: carregar peso, lavar a casa e a roupa (especialmente a rede), sair de casa, manter relações sexuais e nem comer comidas *perigosas* (especialmente, alimentos *reimosos*, *imbiara* e nada diferente do que foi comido na gestação anterior) etc.⁵⁸ É preciso também, nessa fase, *fechar* os ossos da região por meio de uma das três formas: apertar a pélvis da mulher com as mãos, amarrá-la com uma faixa (conhecida no Pará como *pense*) ou sentar sobre seu quadril (depois de colocá-la deitada de lado).⁵⁹ Podem prescrever *remédios do mato* e *chás* para problemas específicos, um chá de verônica com acapu para contrair o útero, um chá de pinhão para cessar sangramentos ou alfavaca e sálvia, para desfazer acúmulos de sangue e dores uterinas.

Assim, no pós-parto, a parteira parece ajudar a **reordenar** tudo que “saiu do lugar”: concentra o que se espalhou, fecha o que se abriu, desincha o que aumentou, encaixa o que deslocou, alivia o que se tensionou etc. O parto, ao que os dados indicam, suspende a mulher a uma condição excepcional, em que tudo se altera e desestabiliza. Depois que pare a criança, seu corpo não retoma sozinho ao lugar *certo* e a atuação da parteira é esperada nesse processo de “renormalização” ou “ressocialização” física. E a *puxação* é fundamental também nesta fase.

⁵⁸ Os alimentos *reimosos* diziam respeito a um conjunto de peixes, caças, frutas e verduras (nem sempre consensuados entre todos) com forte potencial de perigo à saúde de pessoas em estados tidos como vulneráveis, como mulheres de resguardo, enfermos, crianças etc. Para uma análise mais detida sobre a *reima*, ver Motta-Maués e Maués (1978). Já a *imbiara* tinha seu significado atrelado à *panemice*, ambos conceitos que me foram explicados por uma professora que vivia *na frente* da cidade: “Quando o pescador ou o caçador vão pescar ou caçar, eles lavam a arma ou a rede com folhas, uma mistura lá. Aí, a arma fica panema e aquela caça ou o peixe fica imbiara. Se a mulher comer, ela perde o bebê na hora. Isso aconteceu com a minha mãe. Ela comeu imbiara e perdeu o bebê na hora”. *Panema* é um estado amplamente conhecido e discutido na Amazônia e não se refere somente às armas dos caçadores; uma pessoa, uma casa, uma canoa podem estar *panemas*. DaMatta dedicou-lhe uma análise estrutural (Cf. 1973: 67-96).

⁵⁹ Bessa (1997: 164), Chamilco (2001), Barroso (1991: 48) e Pinto (2004: 190) encontraram isso também entre as parteiras do Acre, Amapá e Pará. “Esse ato de sentar nas cadeiras (quadris) significa fechar o corpo da mulher porque quando ela tem bebê há uma dilatação, portanto, é necessário voltar tudo ao normal. As *puxações* devem ocorrer durante 8 dias seguidamente. Dizem as parteiras, é necessário *puxar* os braços, esticar bem as pernas e por último *puxar* bem no meio da cabeça da mulher, então ela pode se levantar e estará toda fechadinha” (Barroso, 2001: 48).

Uma das estratégias usadas pelas parteiras para que as mulheres cumpram o resguardo é rememorar o risco do *parto subir pra cabeça*. “Parto”, nesse sentido, é a placenta ou a hemorragia após o nascimento do bebê. Sair no *tempo*, pegar frio, vento ou chuva, aborrecer-se ou ter a placenta desenterrada e comida por animais – são situações que tornam a mulher vulnerável e ameaçam contribuir para que o seu parto lhe *suba à cabeça* e lhe *endoide* de vez. A parteira, conhecendo a dinâmica da casa em questão, poderá alertar os parentes desse risco e negociar um período de trégua durante o resguardo e, assim, evitar a *subida do parto* e que complicações pós-parto sejam atribuídas ao desempenho da parteira. E por isso também D. Dina alertou Pedro sobre seu papel durante o ciclo gravídico de sua esposa: “Mulher tem que cuidar, meu filho. Tem muito homem que não sabe cuidar da mulher mesmo. (...) A mulher põe a vida dela em risco nos nove meses. (...) Tem mulher que sofre quatro dias com dor pra ter o filho” (DC, 10/09/2005).

Muitas mulheres me explicaram que um dos principais motivos para *contratarem* uma parteira é que lavam a *roupa do parto*. Essa tarefa é dificultada pelo esforço físico de buscar água e esfregar roupas pesadas (como redes, lençóis, panos e toalhas), geralmente usadas e ensanguentadas durante o parto. Nos três dias que frequenta a casa da sua paciente, esses panos de parto bem como as roupas de toda a casa são lavadas pela parteira. Para D. Dinorá, não *puxar* a mulher e não lavar sua roupa são duas faltas que se acumulam no comprometimento da saúde da puérpera.

Durante esses oito dias que a parteira ficava, digamos, “sobre aviso”, ela podia ser chamada, a qualquer momento, para resolver problemas inesperados, tanto da mulher quanto de seu filho. Quanto ao bebê, checavam vários itens: se seu umbigo havia *parado de sangrar*, *secado e caído*, se a *pense do umbigo* já podia ser retirada, se estava se alimentando bem, se estava protegido de *friagem e quebranto*⁶⁰, se era preciso *fazer o peitinho* nas meninas etc.⁶¹

⁶⁰ *Quebranto* foi uma “condição perigosa” mencionada várias vezes no campo. Ali no Pará, seu sentido é semelhante ao que conhecemos do senso comum, mas reproduzo como me foi explicado localmente: “Fomos à casa de Irene para o ‘ritual da unidade’. (...) Eu pergunto se ela quer tirar uma foto com a neném e ela concorda. Vamos para o quarto de novo e D. Dina sugere que Irene tire o bebê da rede e a segure para a foto. Eu sugiro que D. Dina entre na foto e ela sorri com a idéia. Tiro e depois Irene diz, ‘Sabe, tia Dina, eu amarrei uma fitinha vermelha na Inara para não dar quebranto. Minha mãe que disse’. Já na cozinha, sentamos para esperar Anita que foi buscar alguma coisa em casa. Só depois disso podemos nos dirigir até a unidade. Pergunto o que é *quebranto*, já sabendo o sentido formal, mas querendo conhecer o local. ‘É que as meninas que vieram aqui, outro dia. Ficaram falando, *Que bonitinha tua filha, Deixa eu pegar?, Que fofinha!*. Aí, a minha mãe dizia *Benza a deus* depois de cada uma falar isso. Minha mãe disse que a criança tava muito verde ainda e podia pegar quebranto. Então, ela disse que era pra amarrar a fitinha. Eu não entendo essas coisas, mas eu amarrei’, me explicou Irene. Nisso, a irmãzinha menor de Irene, por volta dos 12 anos, tinha ido buscar um dicionário e já estava procurando a palavra na letra ‘Q’. Leu em voz alta algo como ‘superstição popular em que o mal-estar é causado por mau olhado’. E eu pergunto à D. Dinorá se é isso mesmo. Ela concorda, ‘Mau olhado, isso mesmo’. Eu pergunto como identificamos uma criança acometida pelo *quebranto*. ‘O coco fica verde, dá febre, pode morrer até’, ela

As puérperas reclamavam muito das chamadas *dores tortas*, isto é, dores na barriga, na *pente*, nas cadeiras, nas costas, no *espinhaço* e nas pernas que, segundo me explicaram, são áreas sobrecarregadas pelos esforços do parto. *Útero inchado* ou *fora do lugar*, *mofineza*, inapetência, hemorragia, calafrios, tremores são outros sintomas que as parteiras percebem como problemas no pós-parto. Casos de abortos (provocados ou espontâneos) e natimortos complicam ainda mais esse quadro e as *puxações* podem ser mais frequentes. D. Dinorá repetia sempre que “dor de aborto é pior que dor de tempo”, tanto no parto quanto na recuperação posterior da mulher. As parteiras diziam não saber receitar *remédio pra tirar* (i.e. abortar), mas não se negavam a atender abortos em andamento seja para concluí-lo, quando irreversível, seja para tentar *segurar o menino* (i.e., reverter a tendência ao abortamento). E, muitas vezes, as mesmas plantas usadas para estimular a expulsão do feto ou da placenta, eram usadas para terminar abortos incompletos. Há, vale lembrar, uma tênue diferença entre ajudar a mulher a *tirar o filho* e terminar um aborto já iniciado. Por preceitos morais e também políticos, as parteiras mantinham essa separação já que sabiam como poderia ser fácil serem incriminadas como *aborteiras*.

A amamentação é foco também nessas visitas puerperais. A parteira precisa checar se o peito da mulher *formou bico*, se a criança consegue puxar o leite e se a mãe sabe dar de mamar “corretamente”. Problemas neonatais como bebês que não mamam nem dormem como o esperado são explicados frequentemente pela amamentação. D. Dinorá e suas colegas me explicaram que, mais e mais, encontram mulheres resistentes ao aleitamento. O peito *cai* ao amamentar, o bico dói e racha, não há bico nem leite, o primeiro leite é *aguado* ou *fraco* eram algumas das razões apresentadas. E, por outro lado, as parteiras apelam para contradiscursos: *dizque o primeiro leite é bom, amamentar evita pegar outro filho, se não der todo o leite o peito empedra e dá febre, leite de peito poupa despesa* [com leite em pó]. Numa visita à

explicou. Eu acho interessante que se pareça tanto com os rituais do *mal de ojo* na Guatemala. O vermelho, a fita, a benção, bastante similares ao que eu encontrei entre grávidas e *comadronas* neste país” (DC, 21/11/2004). Ver Cosminsky (1977), Hurtado (1984), Villatoro (1989; 1990; 1996) que descreveram muito bem o *mal de ojo*.

⁶¹ *Fazer o peitinho* é uma prática aplicada às meninas recém-nascidas, como registrei no diário: “Eu estava sentada na varanda, escrevendo em meu *lap top*. Vejo, então, vindo da direção da caixa d’água, Irene com a pequena Inara no colo. Ela vinha pedir para D. Dina *fazer o peitinho* da filha. A parteira, que estava sentada ali perto de mim, costurando, levanta e toma a neném no colo. Levanta sua camisinha-pagão e lhe espreme um leitinho de cada pequenina mama. Olha para a jovem mãe e explica, ‘Você sabe, né Irene, isso é para não ter muito peito quando crescer’” (DC, 24/11/2004). Acreditavam que as meninas, quando na puberdade, atrairiam menos rapazes interessados se demonstrassem ter seios mais acanhados. As mães, ciosas das atividades sexuais precoces e, mais importante, do trabalho que dava mais uma criança dentro de uma casa, tentavam retardar ao máximo o desenvolvimento mamário das filhas. De forma correlata, uma médica pernambucana me contou que, durante um curso que ministrava às parteiras em Baião, PA, uma participante contou ao grupo que, para retardar o crescimento mamário das filhas, prensava-lhes os seios com colheres esquentadas na brasa. Garantia que a prática funcionava com sucesso. Sugiro que ter encontrado, numa cidade tão próxima de Melgaço, essa segunda prática fortalece a explicação que aventei para a primeira.

Letícia, uma jovem de 14 anos e *mãe de primeiro filho*, D. Dinorá notou que ela não *tinha bico*. Rapidamente, D. Dinorá levantou a camiseta, tomou o próprio seio numa mão (e seu costume de não usar sutiã facilita o acesso) e disse, de forma didática, à moça: “Olha, minha filha, quando for banhar, tu puxa assim. Faz uma massagem para desenvolver teu peito. Se não, tu coloca um irmão seu menor para sugar teu peito. Rapidinho forma o bico” (DC, 04/10/2005). A parteira também ajuda *puxando* delicadamente o seio para produzir leite e para dissolver os nódulos e amenizar as dores quando o *peito empedra*. Ensinava também que se *penteasse o peito* com um pente de plástico ajudaria a descartar o leite não consumido. Além disso, elas receitam *leiteiras* (mulheres que produzem muito leite e servem como amas de leite) e *chazinhos*, para horror de médicos, ONGs e autoridades sanitárias, já que a água melgacense é frequentemente referida como vetor de doenças.

Em Melgaço, amamenta-se por vários meses. Nesse tempo, muitas mulheres acreditam que dar de mamar é um anticoncepcional natural (ainda mais porque camisinhas, injeções e pílulas são métodos de difícil acesso no *postinho* e/ou convencimento no casamento). As parteiras, inclusive, sugeriam essa associação para estimular que o leite fosse dado. Mas D. Dinorá, por exemplo, recebia mulheres, ainda com bebês no peito, que suspeitavam estar grávidas.⁶² O perigo de estar grávida é produzir o *leite arruinado*. Quer dizer, a mulher está grávida, mas não sabe e continua amamentando seu bebê de colo. Este tenderá, segundo me mostravam, a enfraquecer porque tomou o leite que já era destinado ao novo irmão, dentro da barriga da mãe, na mesma linha do *spoiled milk*, encontrado por Farmer entre as nutrizes no Haiti (1988). Por isso, mulheres puérperas, que nem bem tinham cumprido o resguardo ou nem bem tinham desmamado um recém-nascido, também apareciam procurando as “mãos advinhas” de D. Dinorá. A *puxação*, prática onipresente, serve para definir e significar, continuamente, o estado em que uma mulher se encontra e o comportamento e as práticas mais indicadas para cada estado ou evento. Como Farmer nos sugeriu, a situação dos fluidos e substâncias corporais também informam sobre possíveis conflitos, transgressões, instabilidades (mais amplas do que a saúde do recém-nascido propriamente dita), isto é, funcionam como eficientes “barômetros morais” (*ibid*).

⁶² Durante a amamentação, tem-se que a menstruação está, pelo que pude entender, *suspensa*. Evitar uma nova gravidez é desejado pela mulher que está bastante ocupada com um novo recém-nascido e tentando reaver sua saúde. Na outra ponta, mulheres em processo de *virar homens* (isto é, a menopausa) por vezes queriam ter mais filhos, especialmente se tivessem se recasado. O caçula de sua paciente Esmeralda, por exemplo, tinha 16 anos quando a mãe *embuchou* pela última vez. D. Dinorá me explicou que “pra engravidar, ela tomou remédio pra baixar. Só assim conseguiu engravidar”. Subir e descer, suspender e baixar são direções que o sangue menstrual adota para definir os ciclos reprodutivos destas mulheres (como foi também descrito por Leal, em Porto Alegre, 1995: 13-35).

Durante essas visitas de pós-parto, há alguns outros assuntos importantes que são abordados. D. Dinorá, por exemplo, lembrava o parto da paciente. Explicava fatos inusitados, comparava o grau de dificuldade com outros que assistira, repetia a seqüência dos acontecimentos etc. Ela contextualizava e detalhava melhor um evento bastante trivial para ela, mas, à mulher atendida, servirá para compor sua especificidade identitária como mãe, esposa, mulher etc. e também ajudará a informar sobre a especificidade daquele rebento, à medida que for crescendo. Inclusive, registrar essa opinião oficial e técnica do parto é importante porque, ao que parece, *um parto informa outro*, tanto de uma mesma mulher, quanto das mulheres de uma mesma família. (Mas parece que o primeiro parto da mulher é o que estabelece, definitivamente, como será sua “carreira obstétrica”). Por exemplo, em 2005, quando Maria engravidou novamente, D. Dinorá lhe lembrou de sua *mofinice* e inflamações em virtude do aborto que a moça vivenciara em 2004. Conseguia, assim, prever alguns dos desafios que poderiam encontrar. Qualquer desvio da biografia obstétrica da mulher ou de sua família será motivo de alarme. Parece persistir a idéia de que o corpo tem uma configuração físico-moral, no sentido dado ao termo por Duarte (1986), rígida e fixa. Quer dizer, herda-se ou aprende-se um padrão de parir, ficar doente, curar-se e assim a pessoa permanece por toda vida. Espera-se que essa consistência anatômico-simbólica do corpo se mantenha.

E outro assunto tratado nessas visitas pós-parto é a preparação para *o ritual da unidade*, quando a parteira conduz mulher e bebê até a Unidade de Saúde e a SMS para, respectivamente, receber as vacinas e a Declaração de Nascido Vivo. A parteira explica que dia e hora virá para acompanhar a puérpera e seu bebê, quais são as etapas no hospital e na prefeitura, como deve ser vestido o bebê, que documentos a mulher deve levar etc. No oitavo dia após o parto, a parteira vai até a casa da paciente e dá o primeiro banho na criança. Explicaram-me que este banho pode acontecer antes, mas não é recomendável porque consideram o bebê *verde* ainda, sobretudo, no sétimo dia, que é quando esse período “vulnerável” atinge sua maior intensidade. *Této*, *parilisia* e várias outras doenças podem acometer uma criança que é banhada no sétimo dia. (E D. Dinorá me lembrava de pais *irresponsáveis* que banharam o filho no sétimo dia e depois lhe culpavam por um adoecimento qualquer que a criança viesse a desenvolver. Cumprir essas prescrições era importante também para que a parteira evitasse potenciais acusações). Além disso, o banho é um passo importante para que a mulher seja socializada na maternidade e puericultura. D. Dinorá amornava e despejava a água dentro de uma pequena banheirinha de plástico. Tomava o filho dos braços da mãe e lentamente ia lhe jogando mãozadas de água sobre o corpo. A mulher, geralmente sentada à beira da cama ou na rede, observava atentamente. Muitas crianças nem

choravam ou reclamavam. A parteira lavava com cuidado o coto umbilical, provavelmente seco e em processo de desprendimento do corpo. Depois de secada com uma toalha, entalcava-lhes as partes pudendas e metia o corpinho em fraldas de pano e uma roupa nova, em geral de tricô verde, rosa ou azul. Touca, sapatinhos e luvas também serviam para evitar *friagem*. Algumas mães salpicavam um pouco de *colônia* sobre os fiapos de cabelo do neném.

Agora a criança estava pronta e devidamente “apresentável” para seu primeiro contato com o mundo social.⁶³ A mãe poderia exibir seu filho e a parteira, seu *filho de umbigo*. Na caminhada até a *unidade*, a criança seria observada e elogiada pelos conhecidos. Lá, o teste do pezinho, as vacinas e medidas infantis seriam tomados e a declaração de nascido vivo seria emitida para encaminhar o registro no cartório. Nem todas as mulheres e seus maridos cumpriam essas recomendações logo após o parto e, durante as *puxações* puerperais, D. Dinorá contava, com severo tom de recriminação, casos de bebês que adoeceram porque não tomaram as agulhadas ou outros que, já adolescentes, ainda não tinham sido registrados. Eu lhe perguntei, durante um *ritual da unidade*, porque a parteira cumpria esse papel: “Para a mulher não tentar. Se não trazer, ela vem na unidade só quando o bebê ficar doente. Aí judiam do bebê porque vai tomar todas as vacinas juntas. Elas acham também que com a parteira elas são melhor tratadas”, me explicou, didática (DC, 13/10/2005). O *contrato* entre as duas mulheres termina neste “cortejo” até a *unidade*.

Durante o ciclo reprodutivo completo, foi no pré-natal e no puerpério, que essa etnografia mais teve chance de se desenvolver. O parto é rápido e tenso demais para perguntas serem dirigidas às pacientes. É um momento que só permite observação e poucas anotações. Já nas visitas, antes e sobretudo depois do parto, a **conversa** é um elemento terapêutico fundamental e, por isso, minha presença era mais naturalizada. Dada a recorrência e a intensidade das muitas conversas neste período, noto que muito desta pesquisa se deve ao que denomino de “etnografia puerperal”.

E, por fim, parteiras também são chamadas para puxar problemas ginecológicos em geral. Se a parteira percebe que as dores não se devem a uma gravidez, ao *puxar*, ela pode descobrir abortos não relatados, *cistos*, *doenças da rua*⁶⁴, *gases*, problemas de estômago ou

⁶³ Nenhum batismo tomou parte durante minha estada, nem sequer a modalidade de *batismo em casa* (Fonseca e Brites, 2003). Pelo que me relataram, as famílias católicas esperavam a visita, no mês de setembro. Muitas famílias evangélicas tinham filhos batizados na igreja católica e eram padrinhos e madrinhas de outras crianças, como também era o caso de D. Dina. Geralmente, esse dado revela um passado católico antes da conversão pentecostal. A neta de uma parteira me contou sobre o *batismo de fogueira*, uma espécie de apadrinhamento estabelecida durante as festas juninas quando juntos, padrinho e afilhado, pulam sobre uma fogueira. Mas a moleca explicou que “esse é um padrinho falso” e talvez sirva como uma substituição, temporária ou não, à figura de um padrinho que vive no interior ou está sempre viajando.

⁶⁴ Termo usado para DSTs, em geral.

vermes, por exemplo. Parteiras são conhecidas principalmente pela atenção à saúde reprodutiva das mulheres, mas se recorre à elas para problemas de saúde em geral, dos bebês até os idosos. *Puxa-se rasgaduras e desmintaduras* nas costas, braços e pernas depois de muito trabalho físico, couros cabeludos com muita dor de cabeça, dedos e outros ossos que foram torcidos, luxados, quebrados.

As parteiras já *aposentadas*, isto é, aquelas com idade avançada demais para se submeterem ao trabalho físico do partejar, podem se dedicar somente à *puxação*. É uma forma de alguma renda continuar entrando no orçamento doméstico, de manterem sua identidade como parteiras e também de sustentarem sua autoridade e sabedoria como anciãs (Vargas e Naccarato, 1993: 44). E, na outra ponta, com a massagem as parteiras *jovenzinhas* também podem angariar clientela e experiência sobre a gestação (as categorias de parteiras *aposentadas*, *antigas* ou *idosas* e *jovenzinhas* serão discutidas no Capítulo 5). Sandra, por exemplo, parteira de Melgaço com apenas três partos no currículo, me contou que havia atendido o último parto em 2001 e que não tinha nenhuma *buchuda* sob seus cuidados durante a pesquisa. Mas disse, “Quase todo dia eu puxo. É o que faço: *puxar* barriga. Puxo marido, irmão, sobrinho que pede para puxar. Tem até um velho vizinho daqui, que eu puxo as costas dele também” (DC, 24/11/2004). As parteiras, como Sandra acabou de revelar, não *puxam* somente grávidas e, como toda essa seção mostrou, nem somente durante o parto. A atuação destas mulheres, portanto, é mais ampla que suas atribuições obstétricas.

2.4 Problematizando a *puxação*

Vale notar que, durante o exame de pré-natal, a massagem é sem dúvida o aspecto mais comumente mencionado do trabalho das parteiras; em muitos casos, ele era o único aspecto mencionado. Mesmo quando a mulher em questão recebia o cuidado pré-natal de um provedor formal, a massagem e, até certo ponto, “ver se o bebê está ok”, é considerada uma responsabilidade quase que exclusiva das parteiras. (Acevedo e Hurtado, 1997: 290)

Como Acevedo e Hurtado notaram na Guatemala, a *puxação* era, de longe, o serviço mais comum e freqüentemente oferecido pelas parteiras de Melgaço, sobretudo em comparação ao parto, propriamente dito, que vem, paulatina e discretamente sendo transferido para ambientes hospitalares. Segundo o cartório local, em 2004, 62.5% das crianças nasceram em casa e, em 2005, 61.6%. Assim, arrisco a hipótese de que, no caso das parteiras migrantes para os centros urbanos, que contam com uma grande concorrência simbólica e concreta do sistema oficial de saúde e um número maior de outras parteiras, a *puxação* passará a ser sua

atividade principal. Perguntei à parteira Sandra como o novo hospital em construção afetaria o serviço das parteiras em Melgaço. Ela disse: “Acho que vai diminuir. Vão precisar mais é para *puxar* a barriga” (DC, 24/11/2004). Algumas das parteiras que eu tive a oportunidade de entrevistar em Melgaço não atendem partos há meses, e até há anos, mas com frequência todas *puxam* os fregueses que lhes aparecem à porta de casa. Sugiro que esse perfil possa ser estendido às outras parteiras dos centros mais urbanizados da região amazônica e que receba mais atenção, dada a sua capacidade de reunir aspectos do trabalho e dos dilemas atuais das parteiras.

A *puxação*, além do corte do cordão umbilical e da cicatrização do umbigo realizado pelas parteiras, é uma das práticas mais condenadas pelas autoridades sanitárias. Há algumas décadas, em seus documentos dirigidos aos países que “ainda” contavam com parteiras, a Organização Mundial da Saúde classificou as práticas obstétricas “tradicionais” em três categorias: “benéficas”, “inócuas” e “perigosas” (OMS, 1979). Os treinamentos de parteiras, portanto, deveriam valorizar as primeiras, ignorar as segundas e, principalmente, substituir e desestimular as terceiras. E as três práticas citadas no início deste parágrafo foram classificadas neste terceiro grupo. A *puxação* é “considerada prática inútil e perigosa por médicos e enfermeiras obstétricas, porque podem ocasionar ruptura uterina, desprendimento do cordão ou enforcamento do bebê [pelo cordão]” (Vargas e Naccarato, 1993: 45). Este é o caso dos *bebês laçados*, como me diziam em Melgaço.

Em Melgaço, a repressão não é diferente. Em 2004, na primeira etapa da pesquisa, só havia um médico na *unidade*, Anselmo, clínico geral que passava alguns dias por semana na cidade. Quando lhe perguntei se havia problemas no atendimento oferecido pelas parteiras, ele não titubeou:

Um problema é que a parteira puxa. O médico toca para ver de que lado está o bebê. E toca a púbis para sentir a cabeça do bebê. Mas a parteira corre o risco de deslocar o bebê do colo do útero. A mulher não quer sentir dor nenhuma, às vezes, é um pé ou um braço do bebê que está apertando sua costela. E ela pede para a parteira lhe puxar um pouco. As parteiras dizem que são as mulheres que pedem para serem puxadas. A parteira deve seguir a orientação de não puxar. (DC, 24/11/2004)

E a médica Gisele, médica que, em 2005, ficava 20 dias por mês na *unidade*, explicou: “Dá muito bebê laçado na unidade porque as parteiras puxam as barrigas. Aqui, 9 de 10 partos são laçados. Tudo culpa das parteiras” (DC, 10/10/2005). Eu lhe perguntei em seguida, “Quantas cesáreas elas poupam? Quantos encaminhamentos elas economizam? O que é menos pior, bebê laçado ou parto de bebê de pé, de mão, de bunda?”. Ela me olhou perplexa por alguns

segundos e desconversou, voltando aos copos de cerveja à nossa frente. Eu notava que uma grande dificuldade por parte dos médicos era conseguir notar possíveis vantagens do trabalho das parteiras e, em decorrência dessa resistência prévia, notava também uma indisposição em atender esses partos transformados, segundo os profissionais da saúde, em “difíceis” pelas parteiras. “Difíceis” para os profissionais, estes mesmos partos tornavam-se “menos inseguros” segundo as parteiras. É bom lembrar que, a partir de 2005, além de duas enfermeiras que já faziam partos há alguns anos na Unidade, dois médicos e outros dois enfermeiros foram designados pela SMS para atender emergências obstétricas. Nenhum deles, como vim a saber, havia feito partos antes disso, nem mesmo durante a formação universitária. Aprendiam com as (ou, na pior das hipóteses, nas) mulheres que recorriam à *unidade*.

As parteiras reconheciam que as autoridades médicas em Melgaço, nos treinamentos, nos programas de televisão não aprovavam essa prática. Edilane, uma parteira que vivia no interior do município, mas vinha algumas vezes por semestre para visitar as filhas, fazer compras e renovar os *benefícios*, me explicou: “O problema é que endireitar pode enlaçar a criança. E aí, custa muito a nascer, forceja pra frente e o cordão faz ir pra trás. É melhor deixar o bebê se endireitar por ele mesmo. Eu puxo só se chegar na hora” (DC, 26/11/2005). Elas reconhecem os perigos de *puxar* e, durante os partos e principalmente depois, nos relatos retrospectivos sobre os mesmos, elas notam que os bebês vieram *laçados*. No momento do nascimento, rapidamente passavam o cordão umbilical por cima das cabecinhas dos bebês, tarefa bastante trivial durante os partos em que estive presente. “Problema”, para estas parteiras de Melgaço, era bebê *atravessado*, falta de barco ou combustível na hora da emergência, falta de médico e material na *unidade*, parturiente com *cara branca* etc. *Bebê laçado* definitivamente não lhes era um problema prioritário e parecia ser um “novo risco” associado pelo corpo biomédico ao parto domiciliar.

As parteiras e as mulheres atendidas também me contaram de casos mal-sucedidos de *puxações* de onde, segundo elas, decorreram mortes de bebês, partos prematuros, abortos, placentas prévias, diagnósticos equivocados (em relação ao sexo, posição e quantidade de bebês, ao mês da gestação etc.). E, assim, entre elas, a *puxação* servia também para classificar a mão-de-obra disponível, não só pelas opiniões das mulheres que são *puxadas* por diferentes parteiras, mas pelas próprias quando atendem mulheres que já foram *puxadas* anteriormente. Então, a *puxação* é uma forma de avaliar a competência das outras parteiras (e talvez até acirrar a competição que já existe entre elas por autoridade, reconhecimento e clientela, como veremos no Capítulo 5). Nas sucessivas visitas de D. Dinorá à Silvana, caso descrito no início

deste Capítulo, notei como a prática desta e das outras duas parteiras que haviam atendido à moça foram comparadas pelo casal. Por isso, creio que a prática possa ser tida como um atestado êmico de autoridade técnica.

* * *

Aqui, minha sugestão é que a *puxação*, principal prática que as parteiras oferecem às grávidas, seja tida como mais do que uma **massagem** ou uma **consulta**, como sugerido por algumas autoras (Cosminsky, 1977b; Vargas e Naccarato, 1993; Hurtado, 1984). A *puxação* ajuda a estabelecer o vínculo de confiança entre a gestante e a parteira e o contrato profissional que vai sendo assumido progressivamente. A relação entre ambas mulheres é construída e não dada de antemão e acontece conforme o ritmo impresso pela paciente, quer dizer, ela chama a parteira ao invés de seguir a rotina mensal imposta pelo *postinho* (Sesia, 1997: 404). Além disso, com a *puxação*, alternativa mais personalizada e pessoal, a parteira promove um ritual de socialização desta mulher para o parto e a maternidade, especialmente a *mulher de primeiro filho*.

A *puxação* permite um momento de confidências. Em suas visitas, D. Dinorá tinha tempo de conversar e conhecer os dramas que a gravidez catalisara para Silvana, como vimos no início deste Capítulo. Casos de adultério, estupro, incesto, abandono, violência, acidentes e dores, por exemplo, podem ser discutidos durante a *puxação* e a parteira assume a tarefa de ajudar a resolvê-los dentro das redes de parentesco e vizinhança ou denunciá-los na delegacia, no fórum, na SMS, assumindo um papel moral e mediador. *Puxar* serve para observar sinais de “risco” – tanto o significado local de risco (que envolve, também o risco social no caso de violência doméstica, falência financeira, renúncia da maternidade etc.), quanto o significado biomédico de risco (e.g. sangramentos, inchaço, gravidez gemelar) que as parteiras aprenderam em seus cursos de treinamento e no trânsito pelos espaços *da frente*.

A *puxação* pode ser considerada mais uma lição de “embodied knowledge”, termo cunhado por Brigitte Jordan, antropóloga que estudou parteiras no México. Quer dizer, bem ao estilo das “técnicas corporais” de Marcel Mauss (1974 [1923-24]), Jordan explica que “embodied knowledge” “envolve a habilidade de fazer, ao invés da habilidade de falar sobre alguma coisa” (1989: 933). Assim, pelo fato da parteira ser acompanhada pela sua neta ou filha ou ser observada por jovens parentes da paciente, a *puxação* seria uma prática corporal didática ao contribuir à formação de novos quadros. É bem provável que esta prática seja ignorada e facilmente condenada, sobretudo por autoridades sanitárias, capacitadores e

profissionais de saúde que tendem a valorizar o conhecimento produzido, registrado e reproduzido pela escrita e pelo discurso. Atentar e conhecer a *puxação* pode ser uma porta de entrada para conhecer a lógica epistemológica das parteiras.

E, assim, por um lado, a *puxação* continua a ser amplamente empregada, mesmo que seus efeitos tenham sido condenados pela biomedicina. E, por outro lado, esta prática desafia o senso comum que vem anunciando a “extinção” das parteiras. A *puxação* torna-se uma prática fundamental **justamente** nos contextos mais complicados e arriscados porque, como visto acima no caso da gestação gemelar, parteiras experientes e sensíveis como D. Dinorá conseguem prever e remediar problemas. Sobretudo em lugares como Melgaço, onde infraestrutura, profissionais especializados e transporte não são os itens mais disponíveis. E mesmo que menos presentes nos partos (como as estatísticas revelaram acima), tendo a pensar que estas parteiras marajoaras manterão por muito tempo o seu status local e continuarão a ser acionadas justamente pelos vários significados que manipulam ao zelar pelas mulheres e *puxar* suas barrigas.

CAPÍTULO TRÊS

Do chamado ao contrato:

**Transformações sobre a reciprocidade entre
parteiras, parturientes e seus maridos**



Desenhos feitos por parteiras em Maracápe, PE, em setembro de 2005. Aqui, vemos diferentes circunstâncias em que os homens foram retratados durante a vida reprodutiva de suas companheiras: no caminho até o hospital, na consulta pós-natal, em situações de violência durante a gravidez.

Uma dimensão bastante relevante para as 22 parteiras de Melgaço era o pagamento em espécie, produtos ou serviços pelo seu trabalho de partejar. Seu serviço era escolhido, *contratado* e retribuído pelos maridos das mulheres que elas atendiam. Esse quadro ainda guardava alguma semelhança com o que vivenciaram no interior, há algumas décadas atrás. Mas algumas mudanças se anunciavam: na cidade, ofereciam *trabalho* e não somente *ajuda*; atendiam *clientes*; passaram, cada vez mais, a cobrar e serem pagas em dinheiro; e a levar mais *lobas*, como chamavam os calotes. Neste capítulo, parto do pressuposto de que as parteiras ofereciam, ao atender demandas obstétricas e ginecológicas, uma **dádiva** no sentido maussiano geralmente mediada, entre outros aspectos, pelo seu contato mais estreito com esferas que podem ser tidas, provisoriamente, como o divino, o sobrenatural, o mágico. Em reação ao atendimento, elas recebiam contra-dádivas das parturientes, seus maridos e famílias. Estas trocas são fundamentais para consolidar laços sociais num igarapé de um rio ou num quarteirão da cidade e para manter estas parteiras em termos de sobrevivência material e simbólica.

Primeiro, tomarei algumas lições de Marcel Mauss e Viviana Zelizer para pensar como o trabalho do partejar está inserido em um leque mais amplo de trocas e para apresentar como D. Dinorá e suas colegas se tornaram parteiras. Em seguida, conheceremos os termos da reciprocidade entre parteiras, parturientes e suas famílias, há alguns anos, quando eram *chamadas* a atender, e hoje em dia, migrantes já instaladas na cidade, quando cada vez mais são *contratadas* para assistir aos partos. Quer dizer, as especificidades de cada contexto, o interior ou a sede urbana do município, nos revelam como o acento está nas relações entre parteiras, *buchudas* e seus maridos e, só a partir daí, há a produção de sentido. Por fim, discutirei algumas decorrências do novo cenário onde estão resituando sua prática e resemantizando as trocas que são empreendidas a partir do partejar. Com isso, espero revelar como a atuação das parteiras pode ser uma oportunidade interessante para pensarmos sobre as mudanças que essas pessoas vêm vivenciando em termos de relações de trabalho, gênero, coletividade e saúde.

3.1 Primeiros conselhos sobre a reciprocidade

Em seu célebre *Ensaio sobre a dádiva* (1974 [1923-24]), doravante *Ensaio*, Marcel Mauss trata, posto ligeiramente, das “trocas de bens, riquezas ou produtos” (*ibid*: 44). A ampla compilação etnográfica feita por Mauss compreende dados da Polinésia, Melanésia e Noroeste Americano. Em todos esses grupos, notou que os etnógrafos encontraram sistemas

complexos de trocas, como o *potlatch*, o *kula*, ou os “presentes contratuais” em Samoa, que tomarei como exemplo para reconstruir o argumento do autor e notar como pode servir para pensarmos nas trocas entre parteiras e seus “clientes” em Melgaço. Em todos esses lugares, eram “coletividades” – tribos, metades, fratrias – que cambiavam, mesmo que fosse na figura de um chefe, um tio materno ou qualquer outro membro individual.

O autor francês explica que, em Samoa, era obrigatório oferecer estes “presentes contratuais” em circunstâncias como “casamento (...), nascimento da criança, circuncisão, enfermidade, puberdade da jovem, ritos funerários, comércio” (*ibid*: 49). Em Samoa, a família materna de uma criança que nasce oferece à sua família paterna o *tonga*, isto é, “tudo aquilo que é propriedade propriamente dita, tudo aquilo que torna alguém rico, poderoso e influente, tudo aquilo que pode ser trocado, objeto de compensação. São, exclusivamente, os tesouros, os talismãs, os brasões, as esteiras e ídolos sagrados, às vezes, as próprias tradições, cultos e rituais mágicos. Reencontramos aqui esta noção de **propriedade-talismã (...)**” (*ibid*: 52, ênfase minha). Estes itens eram intercambiáveis porque dotados de características especiais, repletas de honra, autoridade e prestígio da família remetente, qualidade denominada como *mana* pelos Maoris e adotada por Mauss para justificar, por um lado, porque estes itens (e não outros dentre uma gama de possibilidades) eram oferecidos e, por outro lado, porque essa oferta demandava uma retribuição compulsória. Escolhiam justamente estes objetos e/ou saberes para serem oferecidos pelo seu potencial de “veicular seu *mana*” (*ibid*: 53).

E o *tonga* é passado adiante. Contudo, justamente por concentrar tanto *mana* do grupo é que oferece o *hau*, uma “força” tão concentrada no objeto doado que deve retornar a quem o ofereceu:

Os *taonga* e todas as propriedades rigorosamente ditas pessoais têm um *hau*, um poder espiritual. Você me dá uma delas, eu a dou a um terceiro; este a retribui com uma outra porque é impelido pelo *hau* de meu presente; e, quanto a mim, sou obrigado a dar-lhe esta coisa, pois é preciso que eu lhe devolva aquilo que, na verdade, é o produto do *hau* de seu *taonga*. Interpretada assim, a idéia não somente fica clara, como aparece como uma das idéias-chave do direito maori. O que, no presente recebido e trocado, cria uma obrigação, é o fato de que a coisa recebida não é inerte. Mesmo abandonada pelo doador, ela ainda é algo dele. Por meio dela, o doador tem uma ascendência sobre o beneficiário. (...) Pois o *tonga* é animado pelo *hau* de sua floresta, de seu território, de seu solo; é verdadeiramente “nativo”: o *hau* persegue todo detentor. (...) No fundo, é o *hau* que quer regressar ao local de nascimento, ao santuário da floresta e do clã e ao proprietário. E o *taonga* ou seu *hau* (...) que se liga a esta série de usuários, até que estes retribuam com seus próprios *taonga*, suas propriedades, seu trabalho ou comércio por meio de banquetes, festas e presentes, um valor equivalente ou superior, que, por sua vez, dará aos doadores autoridade e poder sobre o primeiro doador, transformando em último donatário. Eis aqui a idéia-chave

que parece presidir, em Samoa e na Nova Zelândia, à circulação obrigatória de riquezas, tributos e dádivas. (*ibid*: 54-56)

Se é repleto de *hau*, aquilo doado também contempla parte do doador e é justamente essa contigüidade que exige que o *hau* seja retornado. O *tonga*, ou qualquer bem, tesouro, ritual ou tradição, deve voltar para que o doador fique novamente completo; para que o *mana* de seu clã esteja pleno e, mais importante, confirmado.

Algumas pesquisas sugerem que as parteiras participam exclusivamente de um sistema de *dom*, isto é, oferecem *caridade* e, em troca, recebem agradecimentos, reverências e *agrados*, conforme a disponibilidade do beneficiário. Em geral, o argumento segue, por exemplo, o que Chamilco notou junto a 13 parteiras do município de Santana, AP: “Na maioria das vezes, a atividade das parteiras não tem retribuição pecuniária, nelas o que ressalta é o puro exercício da solidariedade humana, despojada de interesses e recompensa materiais” (2001: 108). Afirmou-se várias vezes que elas não esperam “um valor monetário atribuído ao resultado ou produto do seu trabalho” (Bessa, 1997: 105). E, quando há, a recompensa vem como comida, produtos manufaturados ou produção agrícola (Barroso, 2001: 131). Já outro grupo de pesquisas, geralmente realizadas em espaço urbano, encontrou parteiras recebendo retribuições mais formais pelos partos atendidos, também em dinheiro (Pereira, 1993; Freitas, 1997; Silva, 2004).

Parece haver dois aspectos comuns a ambas as abordagens. Primeiro, representa-se o trabalho das parteiras como pertencente à esfera do sagrado e, em razão disso, essas autoras supõem haver uma incompatibilidade com a retribuição mais material, sobretudo a pecuniária.

A parteira executa um papel que apresenta um ritual bastante complexo, entremeado de elementos místicos, religiosos e mágicos, onde sua atuação imprime um valor altamente carismático e missionário, do qual compartilhar tanto a comunidade, como ela própria, reforçando e dando a dimensão exata de sua condição sagrada. [... Ela] presta seus serviços sem esta contrapartida [quantificada previamente]. Na concepção da parteira, realizar um parto pressupõe uma missão para com a vida (Bessa: 108; 106).

Para estes dois grupos de pesquisas, parece que a explicitação da retribuição, monetária ou não, tende a macular a dimensão sagrada do trabalho das parteiras e, necessariamente, o extingiria dos valores de solidariedade e afeto que tradicionalmente o identificam (sobretudo, em contraposição à biomedicina e suas práticas de consultório, medicamentos e exames). “A influência das relações econômicas travadas na sociedade global se faz sentir sobre a relação parteira-cliente, criando uma situação que é vivenciada como um afastamento

não só do sagrado, mas também das pessoas, cujas relações mediadas pelo dinheiro são identificadas como parcas em solidariedade” (Pereira, 1993: 235).

E o segundo aspecto a estas abordagens é que um sistema de dádiva e contra-dádiva mais formalizado é geralmente tomado como sinal de mudança, rumo a uma organização interna mais individualista, impessoal e comercial. Estas inovações tendem a ser interpretadas negativamente, como ameaças fatais à continuidade do que consideram como o “autêntico” partejar.

Sugiro que tanto os meus dados quanto os próprios dados dessas autoras indicam caminhos alternativos a essa interpretação dicotômica. Além de algumas das entrevistadas destas pesquisas receberem retribuições quantificáveis, havia expectativa disso no caso daquelas que nada recebiam pelo trabalho: “Eu não cobro um pagamento, e nunca me pagaram. Eu não tenho diploma mesmo. Estou dando essa ajuda, quando me dão alguma mercadoria, eu recebo, mas eu achava que a gente deveria receber um pouquinho” (depoimento de uma parteira *apud* Bessa, 1997: 107). Aqui, a autora conclui que estas mulheres não se sentem desvalorizadas, se resignam com o que recebem, apesar de acharem alguém do que merecem (*ibid*). E, com base nos dados discutidos nesse capítulo, pleiteio, no intuito de dar um passo a frente do que tem sido feito na literatura, que seja preciso conhecer um pouco melhor o contexto e detalhes dos termos de reciprocidade entre parteiras, parturientes e suas famílias para compreender o lugar das dádivas e contra-dádivas, especialmente em dinheiro.

Viviana Zelizer, socióloga argentina radicada nos EUA, pode nos ajudar aqui. Trabalhando com transações econômicas como relevante mote de análise, ela tem observado que:

As preocupações sobre incompatibilidade, incomensurabilidade ou contradição entre as relações íntimas e impessoais seguem uma tradição antiga e persistente. Desde o século XIX, analistas sociais têm assumido repetidamente que o mundo social se organiza ao redor de princípios concorrentes e incompatíveis: *Gemeinschaft* e *Gesellschaft*, atribuição e conquista, sentimento e racionalidade, solidariedade e interesse próprio. A mistura dos mesmos, diz a teoria, contamina ambos: a invasão do mundo sentimental pelo instrumental racional disseca este mundo, enquanto que a introdução de sentimento nas transações racionais produz ineficiência, favoritismo, nepotismo e outras formas de corrupção. (...) Explícita ou implicitamente, a maioria dos analistas das relações sociais íntimas se juntam às pessoas comuns ao assumir que a entrada dos meios instrumentais, como a monetarização e a contabilidade de custos, nos mundos do cuidado, amizade, sexualidade e nas relações pai-filho lhes desprovem de sua riqueza, e assim estas zonas de intimidade só prosperam se as pessoas erguerem barreiras efetivas ao seu redor. Por isso, emerge uma visão dos *Mundos Hostis* como domínios apropriadamente segregados, dos quais a

administração sanitária requer fronteiras bem mantidas. (2005: 289 e 292, ênfase dela).⁶⁵

A meu ver, a literatura específica sobre parteiras, que aqui discuto, tende a seguir esta abordagem dos *Mundos Hostis* e, ao incompatibilizar solidariedade e auto-interesse na prática das parteiras, sua principal decorrência é, por um lado, a sacralização da atividade e, por outro, o paternalismo a respeito das personagens. Contudo, pelo que poderemos notar ao longo desse capítulo, elas percebem com lucidez as mudanças que sua prática e comunidade vêm enfrentando e, com muitas estratégias e criatividade, têm tentado manter seu ganha-pão e sua identidade profissional, ao mesmo tempo. Além disso, por mais que o partejar esteja sendo mediado por “novidades” como *contrato*, dinheiro, parcelas, cronograma de tarefas, *acertos*, cobranças, por exemplo, as pacientes, sua saúde, seus bebês permaneciam como foco condutor do serviço oferecido pelas parteiras. Era essa **relação**, entre a mulher e sua atendente, que sustentava qualquer iniciativa. E Zelizer nos propõe um caminho correlato – a análise das *Pontes (Bridges)*: “Nós podemos ligar a lacuna analítica entre intimidade e impessoalidade ao reconhecer a existência de laços diferenciados que cortam através de cenários sociais particulares” (2005: 292).⁶⁶

Neste capítulo, pretendo, portanto, discutir a marca dos *Mundos Hostis* que a literatura tem cristalizado quando a reciprocidade implica valores morais e, ao mesmo tempo, econômicos, sobretudo quando parteiras e seus clientes são a tônica da discussão. Julgo que meus dados podem ajudar a sustentar que a forma como as parteiras interagem com as parturientes e suas famílias complexifica esse cenário. E acredito que a forma de entrada no ofício, os cursos e as configurações domésticas de conjugalidade observadas em Melgaço muito podem nos ajudar a compreender os novos termos da reciprocidade que estavam em franca negociação durante a minha pesquisa.

⁶⁵ “Worries about the incompatibility, incommensurability, or contradiction between intimate and impersonal relations follows a longstanding tradition. Since the nineteenth century social analysts have repeatedly assumed that the social world organizes around competing, incompatible principles: *Gemeinschaft* and *Gesellschaft*, ascription and achievement, sentiment and rationality, solidarity and self-interest. Their mixing, goes the theory, contaminates both: invasion of the sentimental world by instrumental rationality desiccates that world, while introduction of sentiment into rational transactions produces inefficiency, favoritism, cronyism, and other forms of corruption. (...) Explicitly or implicitly, most analysts of intimate social relations join ordinary people in assuming that the entry of instrumental means such as monetization and cost accounting into the worlds of caring, friendship, sexuality, and parent-child relations depletes them of their richness, hence that zones of intimacy only thrive if people erect effective barriers around them. Thus emerges a view of *Hostile Worlds* of properly segregated domains whose sanitary management requires well maintained boundaries”. (2005: 289 e 292, ênfase dela).

⁶⁶ “We can bridge the analytical gap between intimacy and impersonality by recognizing the existence of differentiated ties that cut across particular social settings” (2005: 292).

3.2 Como D. Dinorá e suas colegas se tornavam parteiras

No jirau, na cozinha, no banco à frente do poço da casa de D. Dinorá, ficávamos sabendo diariamente quem estava *buchuda*, quem *estava com dor* (sentia contrações), quem tinha sido levada até a unidade de saúde, quem estava *quarentando*, quem tinha *perdido* ou *dado* seu bebê etc. Apesar de os eventos reprodutivos serem conhecidos e comentados com frequência e liberdade, nem toda moça tem acesso à barriga de uma grávida, a um parto, à amamentação. Nem toda menina vira parteira.

Várias pesquisas já descreveram as principais lógicas iniciáticas das parteiras amazônicas (Pereira, 1993: 87-101; Freitas, 1997: 61-62; Bessa, 1997: 104; Barroso, 2001: 91-93; Chamilco, 2001; Silva, 2004: 115-116; Pinto, 2004: 180-183). Pereira, por exemplo, entrevistando parteiras na periferia de Manaus, explica que para uma mulher se tornar parteira, é preciso ter “chorado na barriga da mãe”, como lhe explicou uma informante: “Criança que chora na barriga da mãe vai ser adivinhona, é quem sabe das coisas que vão acontecer; sabe sem ninguém ensinar, vai ter força de ajudar os outros” (1993: 89). Outra forma encontrada é o “aprendizado por revelação em sonho”, como lhe contou uma informante: “Teve uma vez que eu estava muito fraca, muito doente. (...) Aí eu sonhei com uma mulher muito bonita, era Nossa Senhora; ela me levou num caminho e ia me mostrando as plantas que serviam para curar as doenças. Foi aí que eu descobri que tinha dom de curar” (*ibid*: 90).

A autora argumenta que o “choro” e o “sonho” são “patamares de descoberta e exploração de seu **dom** na construção do caminho como agente de cura” (*ibid*: 91, ênfase minha). Depois, acontece o “primeiro parto [que] costuma ser o marco inicial da construção da carreira de parteira” (*ibid*: 93). Quer dizer, o “sonho”, o “choro”, a aparição de mentores sobrenaturais, como Nossa Senhora, são “potencialidades [que] permanecem numa espécie de **latência**, até que a necessidade concreta de uma mulher ‘em aperto’ (em geral, alguém do círculo de parentes), na ausência da parteira habilitada, provoca a intervenção da iniciante, demarcando o início de um reconhecimento que deixa de ser potencial, para ser tornar factual” (*ibid*: 93, ênfase minha).

Não encontrei, entre as parteiras de Melgaço, relatos de “choro” ou “sonho”. Encontrei entre várias dessas mulheres duas principais formas de entrar no ofício: aprender sozinha e aprender com a ajuda de outrem. Vejamos a primeira forma. A experiência prática da parteira deriva de um **primeiro parto iniciático**, atendido na família ou vizinhança ou mesmo o parto de seu primogênito (Barroso, 2001: 90). D. Maria José, abaixo, ilustra este primeiro ponto:

A primeira que atendi foi da minha irmã. [... Foi] de emergência. **Eu nunca tinha feito isso antes.** Na hora, não tinha quem assistisse. [... **E]u não sabia de nada.** Eu me criei sem mãe, então não tinha quem me orientasse. (...) Eu tive medo no primeiro bebê que peguei. Foi no interior de Melgaço. Tinha uma parteira num outro rio e o marido foi buscar essa parteira enquanto eu fiquei com sua esposa. Mas ela teve muito rápido. Eu tinha medo de cortar o umbigo e que doesse no menino. Esse parto foi há 10 anos, foi meu primeiro. (D. Maria José, DC, 16/11/2004, ênfases minhas)

Muitas mulheres, como também mostrou Barroso em sua pesquisa com parteiras no interior do Amapá (2001: 88), tiveram seus filhos sozinhas, enquanto o marido ia buscar a parteira, enquanto a parentela feminina não voltava para casa da lida agrícola. Aprendia-se por certo com esta experiência pessoal. Parir sozinha ou atender sozinha são faces da mesma moeda: o aprendizado pelo auto-didatismo.

A segunda forma de começar a partejar é pelo ensinamento externo. O saber é *herdado* de outra parteira mais velha e experiente (em geral, da família). Algumas moças, em tenra idade, eram levadas pelas mães, tias ou avós parteiras como ajudantes, outras apenas observavam, direta ou indiretamente, a atuação dessa parenta quando uma paciente lhes procurava (Cf. Barroso, 2001: 89; Freitas, 1997: 61; Pereira, 1993: 95; Silva, 2004: 121). Assim, por contar com parteiras em seu cotidiano doméstico, por algum tempo, essa menina vai sendo socializada em matéria obstétrica, mesmo que não tenha explicitado – na forma de choro, sonho ou revelação divina – seu desejo por se tornar parteira:

Minha avó era parteira. Ela tinha muita experiência e eu ia escutando ela conversar com as amigas. Aparecia uma gestante aperreada. Eu ficava com ela enquanto iam chamar a parteira. Quando a parteira chegava, a mulher já tava com o filho no braço. É dom isso, sabe. Tem umas parteiras que atendem e a mulher fica doente. Tem parteira que só se preocupa com a criança. Elas têm medo de tocar na mãe e provocar uma hemorragia. Tem que cuidar dos dois. São duas vidas. Eu não tive estudo. O meu estudo é da natureza. Eu toco a mãe e entendo como está a criança. (D. Mandarina, DC, 17/11/2004)

Não sei se foi um dom ou se saiu para mim. O primeiro bebê que eu peguei foi há 12 anos. Deu a dor numa cunhada minha e a outra parteira não tava lá. Meu irmão foi me chamar. Eu já morava [no rio] Tajapurú. Eu aprendi com as parteiras que iam me atendendo. (D. Edilane, parteira católica, DC, 30/10/2005)

Mas, entre as parteiras de Melgaço, uma das formas mais lembradas de aprender amparadamente foi pelo ensinamento sobrenatural, seja por Nossa Senhora, como vimos no exemplo de Pereira acima, seja por Deus, como me contou D. Dandara: “Eu tinha quatro filhos quando atendi o primeiro. A primeira criança que eu peguei foi de uma vizinha que não

tinha parteira. Eu aprendi com o dom de Deus aos 28 anos quando peguei essezinho da vizinha. Acharam bom o primeiro parto e continuaram me chamando” (D. Dandara, da Assembléia de Deus, DC, 12/11/2005).

O que me parece saltar desses dados é que havia duas formas de entrar no ofício: *não ser ensinada e ter o caminho mostrado*. Quer dizer, pelo *parto no susto*, a parteira iria descobrir sozinha como trabalhar, como no caso de Maria José, que não tinha mãe e não teve ninguém que lhe orientasse. Pelo sonho e a *herança*, alguém iria lhe indicar como fazer, como D. Mandarinina que escutava os atendimentos da avó, D. Edilane que aprendeu com as parteiras que lhe atenderam os partos e D. Dandara, que contou com Deus. Havia um mérito especial em *não ser ensinada*, no aprendizado independente, mas também valorizavam participar de uma renomada linhagem feminina ou serem escolhidas por Deus.

Vejam os em maior detalhe como se configura *ter o caminho mostrado*, particularmente na forma do *dom* (Freitas, 1997: 33; Silva, 2004: 151) para parir, tão comentado entre as parteiras da minha e de outras pesquisas (tido como *missão* por Barroso, 2001: 89, ou *saber sobre a parturição* por Freitas, 1997: 62). Segundo Barroso, que entrevistou parteiras em municípios do Amapá, “dom e vocação não são vistos pelas parteiras como algo imposto, mas sim como natural, nascendo com a pessoa. Mesmo aquelas que dizem terem herdado a prática da mãe ou avó, acreditam que se não tivessem vocação não teriam seguido o ofício que é na verdade uma ‘missão’” (2001: 91). O *dom* é tido como inato; enquanto que a *herança* é adquirida posterior e externamente (bem como o *estudo*, como lembrou D. Mandarinina acima, o aprendizado escolar, como será visto adiante).

O *dom* pode se manifestar no choro, num sonho, diante de um parto inesperado e o importante é que tenha sido transmitido pela via divina ou sobrenatural. Segundo Barroso, suas entrevistadas com esse *dom* entendem “que assistir ao nascimento é uma função sagrada” (*ibid*: 93). O importante parece ter sido “naturalmente” **escolhida** para receber essa vocação e ter a oportunidade de desenvolvê-la na companhia de mulheres mais experientes, partos desafiadores, parturientes em perigo. O dom, “freqüentemente total, global e incontestável, não é, via de regra, adquirido, mas inato ou, mais exatamente *conferido*” (Silva, 2004: 151, ênfase minha), como lembrou D. Vera Lúcia, parteira católica: “Eu sou do interior. Vim pra cá há 19 anos. Lá, eu não parava em casa. Era um parto atrás do outro. Era parto pra um lado, parto para o outro. Meu marido não gostava muito disso, não. (...) Foi um dom que Deus me deu. Só deu para mim, mais ninguém na minha família faz. Eu nunca tive medo e nunca teve perigo” (DC, 17/11/2004). Assim, para uma parteira, fundamental para se estar **apta** a *ajudar* as outras mulheres era possuir em sua biografia pessoal algum traço de **distinção** – seja por

nascer numa família de parteiras, por ter chorado na barriga da mãe, por obter êxito num parto difícil e inesperado ou, sobretudo, por ter sido tocada pelo dedo sagrado de Deus. Como D. Mandarina lembrou acima, mesmo que muitas mulheres atendam *partos na emergência*, só algumas têm sucesso: “Tem umas parteiras que atendem e a mulher fica doente. Tem parteira que só se preocupa com a criança. Elas têm medo de tocar na mãe e provocar uma hemorragia. (...) Eu toco a mãe e entendo como está a criança” (DC, 17/11/2004). De forma geral, essa qualidade especial e os partos atendidos com sucesso são aspectos que garantem à parteira o reconhecimento público de sua autoridade técnica.

As parteiras alegavam que haviam recebido seu *dom* pelo que denominavam de *treinamento de Deus*. Muito jovens manifestaram uma facilidade para atender casos ginecológicos e obstétricos. Entre as parteiras da pesquisa de Pereira, ter sido um feto chorão ou ter sonhado com uma figura instrutora era indício dessa facilidade. Mas em Melgaço, ao ajudarem suas mães ou avós, também parteiras, as mulheres demonstravam familiaridade, naturalidade, aptidão para o trabalho e, então, o *dom* era percebido: a família notava que a menina havia sido *tocada por Deus* em algum momento anterior. Havia um caráter inato desse *dom*, como D. Mandarina lembrou acima, *meu estudo é da natureza*. Mas também, como pontuou Pereira, esta é “uma condição socialmente outorgada, na medida em que seu reconhecimento se dá através de um membro mais velho ou mais experiente do grupo, capaz de identificar o indivíduo especial (...) e preparar, desse modo, as condições para uma socialização diferenciada” (1993: 90). Algumas vezes, a própria parturiente, atendida às pressas por essa novata, percebia a capacidade de partejar desta última, lhe ensinava algumas primeiras lições práticas e ajudava a espalhar o rumor sobre esse potencial a ser desenvolvido. A meu ver, o que mais importava não era o momento nem a forma com que o *treinamento de Deus* havia se dado, mas que o *dom* existia e se manifestava eficientemente frente aos *aperreios* de grávidas e parturientes.

Importante lembrar que estas “especialistas da cura (...) recebem um duplo eixo de influência, o da pajelança e o da religiosidade católica popular” (Pereira, 1993: 88; Cf. Figueiredo, 2003). Pelo que pude perceber em Melgaço, mais parteiras católicas tendiam a identificar o *dom* como principal motivador de sua atuação e competência (Cf. Silva, 2004: 116). As evangélicas, como D. Dina, diziam ter recebido sua *expertise* como *herança* de outra parteira famosa na família ou aprendido com *partos no susto*. Mas, menos expressivamente, também encontrei o contrário, católicas que lembravam de uma mãe tutora e evangélicas que se iniciaram assim que seu *dom* foi percebido. Silva, em sua pesquisa nas redondezas de Porto Velho, RO, lembra que “quando perguntamos a um grupo de mulheres evangélicas sobre o

dom, elas apenas não reconhecem o ‘dom’ e não atribuem a nenhuma divindade, apenas dizem que elas ‘sabem fazer parto sem nunca ter feito nenhum curso’” (2004: 118). Bom lembrar também que muitas das parteiras que à época da pesquisa freqüentavam igrejas como Deus é amor e Assembléia de Deus, por exemplo, já tinham passado longo período pelo catolicismo. Talvez, nessa fase anterior, o *dom* fosse mais enfatizado e, agora, a *herança* ou o *parto no susto* fosse privilegiado em suas narrativas pessoais. Além disso, mesmo sendo o *dom* mais frequentemente alegado pelas parteiras católicas que conheci na região, Deus era uma presença constante no trabalho do grupo como um todo. A diferença, como me explicou D. Tetéia, parteira católica, é que “a parteira católica tem fé em Deus e na Nossa Senhora. A crente só tem fé em Deus” (DC, 29/11/2004). A presença sobrenatural era sempre invocada, por parteiras católicas e evangélicas, na forma de orações (especialmente nos momentos mais críticos do trabalho), de explicações para a iniciação do ofício ou como última chance de retribuição ao trabalho realizado (“Quando a gente não recebe nada, é Deus que paga a gente”, D. Pequenina, católica, DC, 04/10/2005).

Percebo, então, como *ter o caminho mostrado* (na forma do *dom*) e *não ser ensinada/nunca ter feito nenhum curso* são duas formas iniciáticas que conferem **mérito individual** à parteira. Na primeira forma, ela é escolhida, é especial. Este aspecto ficou claro no depoimento de D. Vera Lúcia, “Foi um dom que Deus me deu. Só deu para mim, mais ninguém na minha família faz” (DC, 17/11/2004). Na segunda, ela foi capaz de se tornar uma autodidata competente, como D. Maria Jose disse acima: “Eu nunca tinha feito isso antes. Na hora, não tinha quem assistisse. [...] Eu não sabia de nada. Eu me criei sem mãe, então não tinha quem me orientasse”. Um “poder espiritual” e uma “propriedade rigorosamente dita pessoal”, ou seja, duas formas em que estas parteiras manifestam ter o *hau* em termos maussianos.

E três últimas ressalvas importantes devem ser feitas. Primeiro, diferente do que Pereira relatou sobre as parteiras de Manaus, notei que nem sempre uma **única** lógica iniciática explicava o envolvimento com esse trabalho e nem necessariamente as lógicas seguiam a ordem linear choro/sonho/parto iniciático. Por vezes, um primeiro *parto no susto* era realizado e então a mãe dessa moça, também parteira, começava a lhe considerar tanto como companhia nos próximos atendimentos quanto como provável sucessora. Ou então, é justamente nesse primeiro parto, que a neófito ouve os ensinamentos que lhe são dirigidos por Deus.

Segundo, mesmo que o *dom divino* seja uma das marcas iniciáticas mais significativas entre as parteiras da Amazônia como um todo, gostaria de considerar o *dom* como **mais uma das formas** em que a vocação para o partejar se manifesta.

A primeira criança que eu peguei foi o da minha filha. Ela tinha 14 anos na época. Ninguém me ensinou. Só Deus. Eu não me lembro direito, mas acho que eu tinha uns 30 anos de idade. A minha mãe e a minha sogra também eram parteiras. (...) Eu aprendi sozinha. Quando peguei o primeiro, tinha medo. Mas Deus me tocou o coração e veio a coragem. (D. Deuselina, católica, DC, 12/11/2005).

O mais comum, na verdade, era uma sobreposição de explicações, como ficou claro nesse depoimento de D. Deuselina. *Aprender sozinha* com um *parto de emergência*, *herdar* o ofício de uma mãe parteira, ficar conhecida por um parto difícil realizado sem mortes e ter recebido o *dom* são várias das explicações alegadas por minhas informantes para seu trabalho e seu estabelecimento no cenário obstétrico não oficial de Melgaço. Um passo a frente do que a literatura tem apontado, estas parteiras mantinham em aberto o leque explicativo de sua iniciação e, conforme o interlocutor e o drama enfrentado, elas acionavam e teciam a narrativa que lhes fosse mais estratégica.

Terceiro, a epistemologia iniciática não era só uma fonte de distinção. Quem havia recebido o *dom* ou sido exposta aos ensinamentos de uma mãe experiente não podia negar atendimento. Era preciso passar adiante esse *dom* ou *herança* com que fora brindada, essa espécie de “propriedade-talismã”, como chamou Mauss. Pereira explica que, no primeiro caso:

O dom é inegavelmente um privilégio, um elemento distintivo que confere poder, mas é também vivenciado como uma obrigação, um peso, uma responsabilidade da qual não se pode eximir. A posse da força mágica chega mesmo às raias da imposição, e se por um lado confere prestígio, por outro demanda em esforços e obrigações que não são solicitadas às mulheres comuns. (1993: 99).

Com base na apresentação muito geral da *dádiva* que empreendi na seção anterior, pleiteio que exista mecanismo semelhante em Melgaço: ter uma vocação para partejar, seja pelo fato de ter sido tocada por Deus com o *dom*, seja porque se aprendeu na família ou se acumulou *partos no susto* de sucesso, é a principal condição que impele ao oferecimento desta especialidade, sobretudo em momentos de *aperreio*. Dada a importância conferida à *herança*, arrisco dizer também que muitas destas parteiras provinham de famílias com um *mana* específico ligado ao partejar. Descendiam de uma linhagem de bisavós, avós, tias e mães parteiras conhecidas por resolverem casos complicados. E, por isso, dentre tantas outras

mulheres que também estavam aptas para ajudar gestantes e parturientes – dada a familiaridade generalizada com assuntos gineco-obstétricos – estas parteiras ofereciam um diferencial: um trabalho repleto de *dom*, *herança* ou linhagem no partejar ou, nas palavras de Mauss, repleto de *hau*, que devia ser passado adiante.

As parteiras ofereciam seu trabalho às gestantes, mas, como veremos abaixo em maior detalhe, eram os maridos destas *buchudas* que haviam *chamado* ou *contratado* estas parteiras e, também eles, que deviam lhes retribuir. A vocação dessa parteira precisava ser recebida, reconhecida e devolvida por esse marido para que ela pudesse continuar seus atendimentos. “No fundo, é o *hau* que quer regressar ao local de nascimento, ao santuário da floresta e do clã e ao proprietário” (Mauss 1974 [1923-24]: 54): voltando à parteira na forma de um par de galinhas, uma roça coivarada ou R\$60, seu *dom* se alojava simbólica e novamente na linhagem de parteiras que ela representava e honrava. O *hau* retornava para confirmar o *mana* daquela parteira e, por extensão, daquela família. E, a cada vez que deixava de ser paga, era como se um pouco de seu *hau* ficava para trás e seu renome como parteira era levemente abalado. Não retribuir depois de um parto era reter esse *hau* para si, era deixar de reconhecer que o *hau* pertence à parteira, que lhe fora dado por uma avó famosa, por um *parto na precisão* ou por uma força muito maior do que todos ali envolvidos, por Deus.

3.3 Chamadas a ajudar: O trabalho das parteiras no interior do município de Melgaço

Como visto nos últimos capítulos, “interior” é referido por D. Dinorá e seu círculo imediato como o espaço onde viviam antes de migrar para a sede urbana de Melgaço. Em geral, de onde moram hoje, este cenário passado dista quilômetros ou horas de viagem em *casquinhas*. Viviam em casas de madeira (semelhantes às que habitam na cidade) que ficavam, porém, à beira do rio, facilitando o acesso, por exemplo, ao transporte, à pescaria, à novidade. Os hospitais e postos de saúde continuam raros e esparsos no interior. À época da pesquisa, existia apenas um posto do PSF no interior do município e os 45 agentes comunitários de saúde trabalhavam de forma solitária e sem referência freqüente ao posto. A situação há algumas décadas devia ser ainda mais incipiente em termos de uma infra-estrutura oficial de saúde.

Quando se viaja de barco pela Amazônia, é possível observar como se organizam essas ocupações humanas. Como outras etnografias na região já descreveram (e.g. Bessa,

1997; Silva, 2004: 118), as moradias são espaçadas umas das outras e encontra-se uma próxima casa somente depois de vários minutos rio abaixo.



A parteira, D. Socorro, em seu *casquinho*, deixa sua casa, localizada ao fundo da foto.



Casas espaçadas à beira dos rios, no interior do município.

Em cada casa, moram membros de várias gerações de uma mesma família: até 1980, por exemplo, D. Dinorá morava no interior com seu primeiro marido, seus dez filhos (crianças e adolescentes) e sua mãe. Era comum que as matriarcas da família se especializassem em atender as *buchudas*. Provavelmente haviam começado como moças inexperientes que, dado o isolamento geográfico do local, se apresentavam como as únicas disponíveis para atender um parto, como nos lembra D. Regina: “Com 12 anos eu comecei a atender. Eu me achei obrigada. Foi o parto da minha irmã. Eu morava num igarapé a uma hora de onde tinha gente morando. Minha mãe e meu pai eram separados e a gente morava com meu pai. Foi ele que me ensinou a cortar o cordão do bebê da minha irmã” (DC, 23/11/2004).

Assim, se uma parente não está presente, a mulher *com dor* pede que o marido vá de canoa até a casa de sua parteira de preferência ou da que estiver mais próxima e disponível naquele igarapé, naquele furo de rio. (É nesse intervalo, como vimos acima, que muitas meninas se iniciavam como parteiras). O marido é o mais familiarizado com o rio, a mata e os *perigos* (chuva, cachoeiras, animais, *encantados* etc.), que tem a autoridade de escoltar uma outra mulher de volta e a obrigação de lhe retribuir o serviço. Na ausência do marido ou outro parente adulto, quando entra em trabalho de parto, uma mulher dificilmente teria como remar até a casa da parteira e só poderia contar com uma criança para buscar ajuda. Depende, portanto, de alguma figura mais madura, capaz de remar sozinha pelo rio a qualquer hora do

dia ou da noite, geralmente o marido ou um parente masculino, para concretizar essa intermediação.

Como vemos, no interior há duas possibilidades com quem parir: uma matriarca com alguma experiência ou a parteira da região. Além disso, moças não iniciadas são uma solução paliativa para não se parir sozinha. E, se houver uma coincidência de fatores, isto é, algum planejamento prévio, recurso guardado (para o transporte e para a permanência na cidade), desejo da mulher e consentimento do marido, é possível viajar até o centro urbano mais próximo e internar-se na unidade de saúde ou no hospital. Essa alternativa é cada vez menos remota atualmente, diferente dos anos em que D. Dinorá vivia no interior. No entanto, uma parturiente interiorana mais pobre ainda não terá a gama de escolhas das mulheres morando na cidade: em Melgaço, como veremos adiante, além de haver várias parteiras, há muitas mulheres da família localizadas a minutos de caminhada que podem ajudar, médicos e enfermeiras de plantão no hospital local e naqueles das cidades vizinhas.

Silva, em sua pesquisa em oito localidades ribeirinhas no município de Porto Velho, RR, aplicou 251 questionários para conhecer a opinião dessas comunidades sobre o trabalho das *aparedeiras*. Ela encontrou que 41% das mulheres escolheram a parteira porque era da família ou havia sido indicada pela família, 35% priorizaram a experiência e a confiança das atendentes, 15% valorizaram o fato de ela ser atenciosa e prestativa e 9% chamaram aquela que estava mais próxima do local do parto (2004: 118). Assim, o parentesco, os laços com a família e a proximidade geográfica aparecem como metade das justificativas para ser atendida por uma parteira. E outra metade alega que “confiança”, “experiência”, “atenção” e “prestatividade” motivaram-lhes a chamar uma parteira. Uma “parteira aparentada” ou uma “parenta aparteirada” pode ser a vizinha, mãe, irmã que estejam por perto. Certamente as opções de atendimento – de hospitais até recurso a diferentes vizinhos – são mais limitadas no interior. Já os atributos associados ou identificados a uma parteira específica indicam uma escolha consciente. É bom lembrar que aqui, e ao longo deste capítulo, me refiro a “mais” e “menos” escolhas não para dizer que as pessoas no interior ponderam menos sobre suas alternativas, mas para indicar que na cidade há mais opções. Assim, semelhante aos meus dados, a “escolha” se configura de forma diferente nos dois contextos.

Este quadro deixa a mulher e sua família com a mão-de-obra **disponível**, nem sempre competente, segundo me explicaram. (É bom lembrar que uma idéia de *falta de escolha no interior* é, muitas vezes, esboçada depois que se migrou para a cidade e se ampliou o espectro dos serviços oferecidos.) “A gente tava pro interior e deu uma dor nela. Ela mandou eu buscar a parteira. Disseram que fulana era parteira e fui lá. Mas quando foi puxar minha mulher, eu

só ouvia os passamentos lá de dentro. Fiquei com medo de matar a minha mulher. Depois me explicaram que ela não sabia puxar. Não tinha essas coisas de parteiras” (Pedro, marido de Silvana, DC, 10/11/2005). E também, é bom lembrar que, conforme discuti no Capítulo 1, depois da migração até a cidade, uma tendência era pintar o interior como equivalente ao “retrógrado”, oposto ao “moderno” e isto pode se estender às parteiras “do interior”.

Muitas entrevistadas lembraram que no interior, quando um homem chegava *aperreado* na casa desta parteira, ela só tinha tempo de reunir uma muda de roupas e avisar o marido e os filhos (ou deixar um recado) de sua partida. Embarcava e era transportada até a casa da paciente. Ela atendia o parto e passava de alguns dias até uma semana com essa puérpera (Cf. Bessa, 1997: 112; Barroso, 2001: 89; Silva, 2004: 147). Nesse período, ela ajudava nas tarefas que a paciente estava impossibilitada de assumir. Este tempo também era importante para acompanhar de perto a convalescença da mulher e seu bebê e ter certeza da eficiência do serviço obstétrico realizado (e.g. a mulher não ter hemorragia, dor de cabeça ou *passamentos*, a criança ter o umbigo cicatrizado, conseguir *pegar o peito* etc.). Só então, a parteira voltava para sua casa. Pelo fato de paciente e atendente viverem longe uma da outra, era impossível que esta última fosse e voltasse várias vezes para avaliar a recuperação da primeira. Era preciso pousar lá.

A parteira do interior é simplesmente *chamada*. Muitas vezes, a primeira vez que ela fica sabendo que há uma *buchuda* na região e que conhece o marido desta é quando ele vem lhe buscar para o atendimento. Sempre me repetiam que era impossível negar atendimento a este *parto na precisão*. E, sem um *contrato* (que, como veremos abaixo, é uma novidade urbana), dificilmente ela poderia negociar o serviço oferecido ou a retribuição esperada. Essa formalidade não era necessária porque, muito possivelmente, ela receberia um pouco de farinha, algum animal de criação, um bem industrializado (Cf. Barroso, 2001: 132). Até a própria criança poderia ser dada à parteira, caso a situação familiar da paciente não fosse favorável para criar o bebê e não houvesse como retribuir de outra forma. Depois de atender um caso, ofereceram o recém-nascido à D. Edilane. A mãe adotiva da parturiente não queria assumir um neto *feito na beira*, como diziam ao se desconhecer o pai do mesmo. D. Dandara me contou circunstância semelhante à época da gestação de Sil, que analisei no Capítulo 2:

A menina Sil aí do lado tá de gêmeos. Se me dessem, eu pegava uma das meninas para criar. Aí, se eu tivesse atendido o parto, não precisava me pagar pelo serviço. A minha neta, essazinha que eu crio, queria um bebê em casa. Ela ia assear, cuidar dela. O Pedro ficou pensando. Eu tô passando manteiga nele ainda. Quem sabe eles me dão. (DC, 12/11/2005).

Mesmo nos raros casos em que não era retribuída, ganhava pouso, alimento, abrigo durante os dias que permanecia com a paciente. Dificilmente eram pagas em dinheiro, item escasso no interior, onde o escambo orientava costumeiramente as trocas.

As famílias dependiam da parteira desta região. Por isso, ela tinha uma obrigação absoluta e inegável de atender ao *chamado*, em *ajudar* e, além do mais, detinha o monopólio do partejar naquela localidade. Em razão de ambos os aspectos, na grande maioria dos partos atendidos, ela recebia alguma coisa em troca.

A forma como o trabalho das parteiras era valorizado nos esclarece sobre as relações econômicas do interior. Como geralmente contavam com um “pedaço de chão” (propriedade própria, alugada ou concedida como favor), estes ribeirinhos plantavam produtos de subsistência e, principalmente, faziam farinha de mandioca. Havia ainda a mata onde caçavam e tiravam produtos de extrativismo e tinham acesso ao rio onde havia peixe, bivalves, água para o abastecimento doméstico. Assim, em relação ao alimento, pelo menos, eram bastante autônomos. Pereira encontrou duas categorias importantes que ilustram como as necessidades de manutenção da família e da casa eram supridas. *O de comer*, geralmente a cargo das mulheres, é gerado a partir do “trabalho para a reprodução imediata do grupo doméstico, onde os elementos prioritários da produção são as subsistências (...) que [viam] como a atividade realmente importante no seu cotidiano” (1993: 38). Como também mostrou Motta-Maués (1993) nos arredores rurais de Vigia, na região nordeste do Pará, a cargo das mulheres estava o cuidado das hortas (de verduras e plantas medicinais), dos pequenos animais (galinhas, patos, codornas, perus, porcos) e das roças de mandioca, apesar dos homens também trabalharem nessa última atividade (sobretudo na limpeza e cercamento do terreno, no dia de mutirão para fabricar a farinha e na venda do excedente, quando por ventura houvesse). *O de vender*, atribuição masculina, seria “uma ‘produção mercantil simples’ de juta, malva[, seringa, castanha, madeira], culturas voltadas eminentemente para o mercado” (*ibid*: 39). O “extrativismo, a pesca, caça e a derrubada da mata” (*ibid*) ou uma restrita produção de castanha, por exemplo, seriam trocados pelos homens no sistema itinerante do *regatão* ou no que se denomina de *barracão* do dono da terra onde a família habitava. Com *o de vender* traziam para casa alimento, roupas, redes e alguns bens manufaturados (como sabão, sal, fósforos, açúcar etc.).

O destino dos produtos é controlado pelo homem, principalmente no que diz respeito ao excedente comercializável, estando a mulher, em geral, excluída das transações comerciais. Dentro das condições de exploração vigentes, é o homem quem resolve

que tipo de gêneros deve trazer, não cabendo à mulher decidir sobre o que adquirir em troca dos produtos de seu trabalho. (Pereira, 1993: 66)

Quando *o de vender* rendesse muito pouco, a família não padeceria por não contar com dinheiro, pois *o de comer* lhe sustentaria. Por isso, meus anfitriões repetiam tanto que *no interior era melhor*, afinal contavam com duas entradas, com *o de comer* e, em tempos de fartura, com *o de vender*. “Boa parte da sobrevivência do produtor e de sua família [está] garantida pela roça doméstica, cujos produtos se destinam ao consumo direto, proporcionando condições para a reprodução do grupo familiar” (*ibid*: 35).

Assim, em troca de seu trabalho, as parteiras recebiam uma porção de *o de vender*, isto é, de farinha, bacaba ou peixe que havia sido separado para o escambo ou venda na região. Era dessa forma também que se retribuía qualquer *ajuda* recebida – um mecânico que consertara o motor do barco da família, um pároco que escolhera sua casa para uma reza com o santo Miguel Arcanjo durante a procissão de setembro, um *companheiro* que limpava a roça para o replantio. É o marido, principalmente, como responsável pelo sustento da casa e produtor do excedente, que oferece à parteira alguma retribuição.

Julgo que, no interior, havia uma certa naturalização do trabalho e da retribuição à parteira. Como era um trabalho a ser realizado *na emergência*, muitas mulheres, mesmo sem experiência, poderiam ser *chamadas a ajudar*. Uma mulher que já fosse casada e tivesse filhos seria uma candidata em potencial para atender uma *buchuda com dor* e, com o tempo e com novos atendimentos de sucesso, possivelmente tornar-se-ia uma parteira conhecida. Por isso, tantas parteiras relatavam ter começado no *susto*, como vimos nos depoimentos da seção anterior. Conheci mulheres que me contaram ter *aparado* bebês, mas não eram tidas como parteiras. Conheci também parteiras que assim eram definidas apesar de terem apenas dois ou três partos no “currículo”. *Pegar* crianças é uma tarefa destinada idealmente às parteiras, mas, sobretudo no interior, não é uma tarefa exclusivamente realizada por elas.

A retribuição também era naturalizada como uma contrapartida à *caridade*, à *ajuda* e ao *sacrifício* feito por uma mulher que, com certa idade, deixa sua casa, filhos, roça e animais no meio da noite e atravessa vários quilômetros de rio para estar com outra. Essa disponibilidade era reconhecida. O tipo e quantidade exatos de uma retribuição não eram previsíveis e partiam de forma espontânea do marido da parturiente. Natural era a parteira oferecer sua dádiva e o marido, a contra-dádiva, apesar de não se saber ao certo o que seria retribuído. Quando essa contrapartida faltava, as parteiras do interior se ressentiam e, ao voltar para casa de mãos vazias, ainda tinham que enfrentar os próprios maridos que não

apreciavam que viajassem sozinhas na companhia de outro homem ou que passassem vários dias longe de suas responsabilidades como dona de casa. “Ele não gostava que eu fosse parteira porque só fazia serviço de graça, ele dizia. Eu sofria de reumatismo e não dava para comprar nem o remédio com o que eu ganhava. Ele reinava por isso. Eu ficava fora três dias e não ganhava nada com isso” (D. Pequenina, DC, 27/11/2004). A retribuição, como veremos na cidade também, não era onipresente. Contudo, havia duas diferenças. Por um lado, no interior o escambo e, sobretudo, um sistema de crédito informal eram mais factíveis dada a estrutura pouco monetarizada que mediava as relações e suas trocas. Por outro lado, justamente em função desse sistema de crédito, os calotes eram geralmente temporários e não provocavam conflitos extremos ou irreversíveis.

Assim, não receber nada também nos informa sobre um **sistema de crédito informal** entre moradores de uma mesma localidade, unidos por laços de parentesco, compadrio, vizinhança. Era pressuposto que quando um precisasse de alguma *ajuda* poderia contar com o outro. Uma “rede de reciprocidade”, baseada numa lógica de co-dependência, se firmava a cada atendimento, a cada encontro. Esta era uma estratégia importante para driblar as distâncias, a inexistência de um Estado capilarizado, os recursos e moeda escassos. Assim, era fundamental conhecer e poder contar com as próximas casas rio abaixo ou acima. Era uma forma de reciprocidade bastante horizontal entre pobres, entre iguais. E ficar devendo a outra pessoa, a parteira no caso, era uma situação um pouco constrangedora, mas permitida e certamente passageira (já que compunham uma mesma malha de conhecidos). Por um lado, a parteira poderia saber que a família da parturiente atravessava a mesma falta de chuvas que comprometiam suas roças de mandioca e assim relevar momentaneamente a contraprestação; por outro, o marido da moça atendida poderia ter ouvido que o marido da parteira lhe abandonara e quitar um parto “pendurado” seria muito oportuno para esta última. Viviam semelhantes situações difíceis. Por outro lado, ambas as partes sabiam que o retorno de um atendimento, mais cedo ou mais tarde, seria honrado de alguma forma. O marido da puérpera poderia, depois, ajudar a construir um novo cômodo na casa da parteira. Sua sobrinha poderia, como professora, ensinar os filhos da parteira a ler. Sua filha seria uma candidata ideal para um neto solteiro da parteira e assim por diante. As pessoas precisavam da ajuda mútua e continuada, especialmente em momentos críticos; atender uma mulher *com dor* era uma forma de a parteira obter, pelo menos, crédito a ser cobrado oportunamente.

3.4 A chegada na cidade: Mudança de contexto

Nessa região marajoara, sempre houve um trânsito intenso entre povoados, vilas, aglomerações, casas individuais espalhadas pelo interior e os centros urbanos de pequena escala, como Melgaço, média escala, como Breves e Portel, e as metrópoles, como Santarém, Belém, Macapá e Manaus. As cidades eram pólos atrativos por conta de um comércio mais desenvolvido e diversificado, da burocracia (para registrar terras, filhos e bens, resolver conflitos fundiários e inventários familiares etc.), das formalidades religiosas (batismos, casamentos, velórios) etc. Só recentemente, os paraenses dessa região têm buscado com maior intensidade os centros urbanos como fonte de emprego, moradia, educação e saúde (Cf. Baia, 2004). D. Dinorá lembra: “Lá quando a gente morava no Anapu, os professores não davam aula. Iam numa aula e depois faltavam 10. E a saúde que era muito difícil de cuidar no interior... Tinha os remédios caseiros, a gente tirava as ervas da mata. Mas se alguém realmente precisasse, não tinha o recurso” (DC, 19/09/2005). Na cidade também esperavam ficar mais próximos de oportunidades como a aposentadoria rural: “Eu mudei pra cá porque no interior tava passando dificuldade. Meu aposento estava aqui e, pra vir, tinha que pagar passagem de barco. De casquinho é difícil porque tem muita maresia na baía de Melgaço” (D. Regina, DC, 23/11/2004). E o fato de um parente ou conhecido ter conseguido se estabelecer na cidade era um motivo significativo para convencer outros membros da família a seguirem seu exemplo. E como visto no Capítulo 1, uma migração em massa para os centros urbanos, e para a cidade (Melgaço, no caso específico desta tese) se deu mais intensamente nas três últimas décadas (Baia, 2004).

No interior, deixaram a terra e o acesso a grandes extensões de mata e rio. Na cidade, algumas pessoas conseguiram comprar ou alugar porções de terra agriculturável nos arredores urbanos, mas muito menores do que usavam antes. *O de comer* ficou mais limitado porque o “pedaço de chão” é insuficiente para alimentar a família e ainda gerar excedente para *o de vender*.⁶⁷ Além disso, há pouca floresta onde praticar o extrativismo e a caça e os quintais urbanos são insuficientes para uma maior criação de *serimbabos*, porcos ou vacas. Relatavam-me também que a proximidade de moradias intensificava práticas de roubos aos quintais e galinheiros, desestimulando sua manutenção.

As famílias têm uma série de gastos que inexistiam no interior: conta de luz, água e, em alguns poucos casos, telefone; material e uniforme escolares; aluguel da casa, terreno e roça; gás de cozinha, transporte e bens como roupas, televisão, camas, batedor de açaí etc.

⁶⁷ Uma lata de farinha de mandioca era vendida por R\$10, mas precisava de vários dias de trabalho integral para ser produzida. O plantio da mandioca, toda a produção até a etapa de torrar a farinha e os instrumentos necessários para essas tarefas são realizadas pelos agricultores. Para uma descrição pormenorizada desse processo, ver Pinto (2004: 123-133) e Pacheco (1999).

Além disso, era preciso ter uma quantidade mínima de dinheiro diariamente já que poucas casas contavam com geladeiras e a *bóia* precisava ser comprada, cozida e consumida no mesmo dia.⁶⁸ Há toda uma nova lógica de consumo, incluído aí o pagamento da parteira, como veremos abaixo. Pereira também chamou atenção para os preços dos produtos, geralmente mais caros no espaço urbano: “A dependência dos produtos industrializados caracteriza a chamada ‘semi-autarquização’. Vê-se também a grande variedade de atividades necessárias para garantir a sobrevivência, e a percepção muito clara do aviltamento dos preços dos produtos regionais, frente aos altos preços pagos por eles na cidade, quando se transformam em consumidoras dos mesmos produtos” (*ibid*: 43). Além da monetarização e da inflação dos preços, impactos ambientais cumulativos também têm diminuído a oferta de matéria-prima para *o de comer* e *o de vender*, como me lembrou Seu Plínio, dono do único restaurantezinho da cidade onde eu às vezes almoçava:

Hoje não tem mais o açaí, tiraram tudo, acabou. Tem que comprar. Vem de Macapá, Breves, Belém. Vem de fora. Hoje tá barato, porque tá na época, R\$1. Mas, fora de época, chega a R\$4 o litro. Ninguém se preocupou em replantar, no futuro. E não é só isso, o peixe também tem escasseado. Tem que vender a farinha pra comprar o açaí e comprar o peixe ou, o que é mais comum, o frango. Peixe encareceu muito porque não tem mais. O cará, que é um peixe grande, gostoso, bom pra trabalhar aqui no restaurante, sai por R\$5 o quilo. É muito caro. O filhote, esse que você tá comendo aí, também. Antes, eles traziam o peixe e colocavam ali no chão, na beira. O preço era por tamanho, o peixe de R\$1, o peixe maior, de R\$2 e tal. Mas, para tirar a madeira na floresta, eles jogam veneno para não apodrecer a madeira. Aquilo vai entrando na água e os peixes vão morrendo. (DC, 14/09/2005)

Assim, até os itens básicos da alimentação da população, como o peixe, a farinha e o açaí, dependiam *do real* e, para todos esses dispêndios, poucas vezes será aceito o pagamento em produto ou serviço, como se estava acostumado no interior. E, como visto, *o de vender* reduziu-se drasticamente, também inviabilizando estas outras formas de troca. É preciso, agora, contar com *o real*, como lembra D. Deuselina: “Eu não me acostumo aqui na cidade. O dinheiro que a gente pega é só pra entregar pros outros e não sobra nada. Todo dia a gente tem que comprar comida. No interior, a gente pesca, caça e planta. Eu tenho é vontade de voltar pro interior” (DC, 12/11/2005).

Muitos homens tentavam continuar trabalhando dia após dia, ou nas suas pequenas roças ou como *companheiros* em roças alheias (Pinto, 2004: 150), ganhando R\$15 como diária, para gerar farinha suficiente para alimentar e vestir a família. Outros passavam dias

⁶⁸ E não encontrei entre essas famílias a prática de salgar o peixe, como Motta-Maués notou na comunidade de pescadores de Vigia, no litoral atlântico do Pará (1993). Esta prática certamente deveria desonerar as donas de casa com a diária preocupação em preparar o principal prato da refeição e também em depender do dinheiro.

fora, como me explicou a paciente de D. Dina, Cristine, em seu último mês de gravidez: “Meu marido foi para o interior caçar e pescar. Ele tá sem emprego, foi conseguir dinheiro pro filho” (DC, 05/10/2005). Outros se ausentavam semanas e até meses para tirar madeira, areia, seringa, palmito nos arredores de Melgaço. Na cidade, repetidamente, me diziam que *a única fonte de emprego é a prefeitura*. Como em muitas outras pequenas cidades do país e do Pará (Pinto, 2004: 113), o funcionalismo público, bem como a aposentadoria, é fonte material e simbólica de estabilidade e segurança. Os homens poderiam tentar algum destes empregos (como, por exemplo, vigia, jardineiro, pedreiro, motorista). Poucos, como me explicavam, *tinham profissão* como carpinteiros, barbeiros, pedreiros. E alguns haviam abandonado a roça e os bicos para serem carreteiros, tirando R\$2 a R\$5 por carga levada do trapiche aos *mercantis* e casas locais (Cf. o terceiro capítulo de Pacheco, 2004, especialmente dedicado aos carreteiros).

Ao contrário dos homens, as mulheres mantinham seu lugar social com maior estabilidade na cidade. Elas continuavam zelando pela casa, pelos pequenos animais, hortas e plantações de mandioca.



A mandioca sendo descascada por D. Dinorá, ralada por Seu Bola, seu marido, e transformada em farinha no *forno*, por Perseu, seu genro.

A farinha de mandioca era uma fonte de alimento e, como Pereira (1993), Motta-Maués (1993) e Pinto (2004) observaram em outras regiões da Amazônia, as roças deste tubérculo eram uma responsabilidade, sobretudo, feminina no interior e também na cidade. (Como dito antes, os homens ajudavam na capina do terreno e nos mutirões de transformação do tubérculo em farinha). A diferença agora era sua rápida transformação em dinheiro, como lembra a jovem parteira Sandra, durante seu resguardo:

Não gosto de esperar em casa. Eu quero logo ir pro Centro. Eu gosto de fazer a farinha e poder comprar a minha bóia. Vou quarentar e vou pra lá. Não gosto de depender de ninguém. Ter que pedir pra vizinho e ele não ter. Não gosto de pedir pros vizinhos. Gosto de ter se pedirem, eu dou. Se eu tenho, não escasseio. Se eu tenho, eu vendo, dou, faço o caramba. (DC, 25/10/2005)

D. Dinorá e suas conhecidas encontraram também algumas novas fontes de renda monetárias na cidade. Nancy, sua nora, foi trabalhar de empregada doméstica em casas *da frente*, um pouco mais abastadas, como muitas outras moças que eu conhecia. Outras se aventuravam em *casas de família* de outras cidades da região ou mesmo da capital (Pinto, 2004: 154-155). Algumas lavavam ou costuravam roupa, ofereciam *chope* nas ruas, revendiam bijuterias ou cosméticos. Poucas conseguiram uma vaga na prefeitura (e.g. servente, cozinheira, merendeira, varredora de rua) e nos *mercantis*. As mais velhas, como as parteiras D. Dinorá e D. Regina (como visto acima), tinham se aposentado como agricultoras e também, sob seu nome, mantinham os *benefícios* de seus filhos, netos e sobrinhos. Parece que, em comparação com seus companheiros, estas mulheres desenvolveram uma maior versatilidade na cidade: “Aqui é melhor porque no interior só tem serviço de mato. Aqui, eu faço uma costura, eu trabalho, eu puxo uma barriga. Vou dando um jeito” (D. Ivana, DC, 17/11/2004). Como figuras responsáveis pelos filhos e a roça e *ajudando* com algum dinheiro no orçamento doméstico, colaboravam significativamente com *o de comer*.

A migração parece ter exercido também um papel decisivo no redimensionamento das relações do grupo familiar. Ao lado dessas mulheres atuantes, a figura do pai parece decrescer de importância após a migração; homem e mulher seguem trajetórias diferentes. Enquanto a mulher/parteira reconstrói mais ou menos rapidamente seu espaço social na cidade, mantendo-se como dona de casa, lavadeira, costureira, auxiliando no cuidados com netos, mas principalmente retomando e até ampliando seu desempenho de parteira, o marido tem muita dificuldade em recompor seu papel produtivo. [... Há uma] parca absorção no mercado de trabalho da mão-de-obra migrante, cuja idade exceda os 30 anos. Ora, o grupo de maridos das informantes é constituído de homens de mais de 50 anos, que se vêem impossibilitados de obter colocação no mercado de trabalho, limitando-se a uma vida de “biscates”, situação de semi ou total dependência dos filhos. (Pereira, 1993: 69)

Estas parteiras e suas famílias notavam as mudanças sobre o uso da terra, a produção da comida, o estabelecimento do casamento, a viabilização das trocas. Além da intensa monetarização que lhes chegava, seu trabalho também sofreria importantes alterações das quais, ora se beneficiavam, ora eram logradas, como veremos a seguir.

3.5 Os novos termos da reciprocidade: A parteira é escolhida, contratada e aceita (ou não) o serviço

3.5.1 A “escolha” no contexto urbano: Abrindo o leque de possibilidades

Na cidade, bastante diferente das casas no interior, as pessoas moram muito mais próximas umas das outras. Pelo fato de, muitas vezes, terem migrado sob a influência de algum parente que aí conseguiu emprego e ascensão, era comum que numa mesma rua, eu encontrasse várias casas avizinhas sendo ocupadas por parentes. Ou então, como vimos no caso de D. Dinorá: de seus 10 filhos, os cinco que moravam em Melgaço estavam no máximo a três ruas de sua casa. Ela também tinha sobrinhos, primos, tios ao seu redor. A proximidade física e consangüínea lhes possibilitava uma intensificação da convivência e da ajuda mútua, aspectos importantes nos momentos de *aperreio*.

Além disso, no raio urbano, há uma concentração muito maior de parteiras. Nos cerca de 2km², Melgaço contava com 22 *aparadeiras*. Então, na cidade, uma gestante e sua família têm a chance de conhecer, avaliar e **escolher** entre as parteiras disponíveis, as outras mulheres de sua parentela e, além disso, o hospital na cidade e das cidades vizinhas. Não dependem mais de uma única parteira que atendia todos os chamados de um igarapé. Um dos motivos para migrar, como visto acima, era dispor de mais *recursos para a saúde*. A vantagem de ter mais alternativas é poder escolher o que se considera melhor dentre elas.



Três casas contíguas da direita para a esquerda: a primeira porta, casa de Éder, a segunda porta, a casa de Jardelson, ambos filhos casados de D. Dinorá. E, na ponta esquerda, a casa rosada da vizinha Irene e sua família.



Na cidade, as casas, *mercantis*, prédios públicos ficam lado a lado, formando quarteirões e ruas.

Apenas três destas 22 parteiras começaram suas atividades já na cidade. Todas as outras chegaram com seu *dom* já revelado ou, ao menos, experiência prática acumulada com uma tutora mais velha e o primeiro parto ritual. Estas credenciais se disseminavam com um primeiro parto atendido na cidade, como vimos no Capítulo 2, quando D. Dinorá deu conta do *parto complicado* de sua filha Maria Auxiliadora. Até então desconhecida, esta parteira ganhou algum respaldo não só entre outras colegas e futuras pacientes, mas também com a enfermeira da época. Quando perguntei à D. Miúda, outra parteira, como os cidadãos haviam ficado sabendo de seu ofício, me explicou: “A gente de lá veio morar aqui e falaram que eu era parteira” (DC, 24/11/2004). E o fato de transitar muito pela cidade e rios para participarem de cursos é uma terceira forma de explicitar para muitos a associação daquela mulher com o partejar. Mas na cidade, seu renome precisa ser consolidado novamente. A proximidade física e social na cidade tende a contribuir para isso, como me explicou Nívea, filha de D. Dinorá, “No interior, a gente fica sabendo das coisas mais devagar. Aqui, o boato é rápido, todo mundo escuta de noite e de dia todo mundo já tá sabendo” (DC, 10/10/2005).

Como vimos na seção acima, no interior, primeiro a matriarca da família tenta resolver a *dor* de uma parturiente. Se ela não estiver disponível ou não tiver êxito na tarefa, a parteira mais próxima é *chamada*. Na cidade, essa mesma priorização é seguida. Aí se escolhe a parteira, primeiro, pelos laços de parentesco e, segundo, pela vizinhança. Depois, o estilo de atendimento (e.g., *deda* pouco, deixa o marido participar etc.) e o bom relacionamento entre a família da gestante e a da parteira também são levados em conta. Lembro que Ritinha tinha tido o primeiro filho com a ajuda de D. Tetéia. Depois disso, os maridos de ambas estas mulheres brigaram sobre suas roças. Por isso, à época da pesquisa, apesar da preferência por D. Tetéia, D. Dinorá estava atendendo Ritinha. O fato de a irmã e algumas primas de Ritinha terem parido com D. Dina e o fato de Ritinha ser vizinha imediata desta parteira também contribuíram para essa escolha. O renome – que geralmente explicita a presença do *dom* ou da vocação – também é importante quando é preciso escolher: parteiras que enfrentaram mais casos complicados com facilidade e sucesso (isto é, sem *perder a mulher*), que têm coragem diante dos *perigos*, que são muito chamadas, que têm bom trânsito pela unidade de saúde, pelo cartório e pela SMS etc. Os preços cobrados também fazem diferença. Às vezes, a família está passando por uma fase difícil e é impossível arcar com o que uma parteira famosa como D. Dinorá pede. Uma negociação será iniciada ou outra parteira mais barateira será procurada.

Assim, a escolha da atendente resultará de um leque de informações: as preferências dos implicados, a conjuntura de relacionamentos, as parteiras disponíveis na cidade, a

situação financeira da família. Para lhe *puxar*, a mulher poderia chamar a parteira que desejasse (por preferência ou conveniência), mas isso não significava necessariamente que fosse lhe atender o parto. Era preciso que o marido concordasse com essa escolha porque, como me diziam, era ele quem, em última instância, *acertaria* o pagamento com a parteira. Mas aos poucos a participação masculina nessa escolha foi relativizada durante o campo.

No Capítulo 2, vimos que assim que uma mulher percebia alguma alteração em seu ciclo menstrual ou em seu corpo e disposição, procurava uma parteira para lhe *puxar* e diagnosticar a gravidez. Depois, ela lhe chamava a cada vez que apresentasse alguma indisposição como quando o bebê lhe apertava as costelas ou o *toco da coxa*, por exemplo. Durante as *puxações*, era possível chamar a parteira de preferência da mulher por duas razões, a meu ver: primeiro, a *puxação* representava um vínculo mais informal que poderia, a qualquer momento e por várias razões, ser suspenso e, segundo, os R\$2 ou R\$3, pagos geralmente após o serviço, era uma pequena quantia mais facilmente conseguida pela própria mulher (do que os R\$60 que, como veremos abaixo, estavam sendo cobrados pelo serviço de parto à época da pesquisa). Nessa fase, a gestante poderia chamar sucessivamente várias parteiras para lhe *puxar* sem definir seu parto com nenhuma delas. Parece que a *puxação* tem também esse papel de “contato experimental”, por parte da gestante, ou “atendimento demonstrativo” e sem compromisso, por parte da parteira.

A possibilidade de *puxações* freqüentes e consecutivas, ao contrário do que acontecia no interior, faz uma grande diferença nesse novo quadro de relacionamento com a parteira. Por se tratar de um vínculo mais fugaz e também mais barato que o parto, o marido parece não interferir tanto na escolha da parteira nessa fase. Eu notava como as mulheres aproveitavam esses encontros para naturalizar a presença de uma parteira com quem *se dessem melhor*. Aproveitavam, portanto, a constante presença da parteira em sua casa para aos poucos, como me diziam, *adomar* o marido, isto é, convencê-lo de que a parteira de sua preferência não só servia para lhe *puxar*, mas também para lhe atender o parto. A grande maioria das parturientes era atendida por parteiras que haviam lhes *puxado* durante a gestação.

Eis porque sustento que a *escolha* da parteira está muito mais nas mãos das mulheres, embora oficialmente me repetissem que os homens é quem definiam também esta etapa do relacionamento com a atendente. Eu notava como os homens entravam como **mais uma opinião** nessa escolha. Talvez ele desse a última palavra a favor de uma parteira que cobrasse menos ou por outra que facilitasse o pagamento em parcelas. Mas eram as mulheres quem conheciam em detalhes o leque de parteiras disponíveis segundo os relatos de suas parentas,

vizinhas e amigas e, claro, segundo sua própria análise durante a *puxação* e partos anteriores. Sua experiência pessoal e corporal é fundamental para a escolha. Além disso, mais e mais, o fato das mulheres conseguirem algum dinheiro com seus bicos intermitentes lhes conferiam mais margem de negociação para escolher e pagar pela parteira, principalmente no contato durante as *puxações* e também nos casos em que os maridos discordavam de sua escolha, quando estavam ausentes em função do trabalho, abandono ou divórcio.

3.5.2 O contrato: O dinheiro criando um realinhamento

No interior, o *dom* e a experiência de uma parteira eram conhecidos por toda uma região e, por conta disso, no momento da *precisão*, ela era *buscada* ou *chamada*. Como lembrou D. Vera Lúcia no início desse capítulo, “Lá, eu não parava em casa. Era um parto atrás do outro. Era parto pra um lado, parto para o outro” (DC, 17/11/2004). Não podiam negar atendimento. Na cidade, diferentemente, ela é *escolhida* e, dentre uma complexa miríade de aspectos, seu *dom* é também considerado para tanto. Mas agora ele passa a ser mediado por um *contrato*.

Depois de escolhida e pelo fato de todos morarem muito próximos uns aos outros, há a possibilidade de visitar a parteira antes do atendimento obstétrico para *contratar* seu trabalho. Durante a pesquisa eu vi alguns homens chegarem à casa de D. Dinorá, sentarem-se no jirau da frente, conversarem por vários minutos sobre amenidades da cidade, da roça, do clima até que a seguinte frase surgisse, “Pois é, D. Dina, vim aqui contratar a senhora para assistir a minha mulher”. Em seguida, a parteira detalhava suas tarefas e, por fim, um preço e a forma de pagamento eram acordados entre ambas as partes. Outras vezes, o marido *contratava* o serviço em uma das visitas da parteira à sua casa, em ocasião de uma *puxação* à gestante. Depois que a massagem tivesse sido concluída no quarto e já estivéssemos na sala ou no jirau, o homem da casa surgia e negociava com a parteira, como Pedro fez com D. Dina, no Capítulo 2. Poucas vezes vi homens abordarem D. Dina com esta intenção nas ruas da cidade. Pagamentos ou parcelas do mesmo poderiam ser quitados no trânsito pelas ruas, mas o *contrato* inicial geralmente acontecia em casa, da parteira ou da paciente.

A relação entre a parteira e o marido é formalizada oralmente no que denominavam de *contrato* ou *acerto*.⁶⁹ Esta formalidade desnaturalizava o trabalho da parteira e a retribuição

⁶⁹ *Contrato* e *acerto* eram usadas como sinônimos nesse momento quando o marido requisitava o trabalho da parteira e as condições desta relação eram esclarecidas. Mas *acerto* também era usado no momento em que o marido quitava o preço combinado pelo serviço da atendente.

do marido, explicitando e estabelecendo as obrigações de cada parte: por um lado, a parteira deverá zelar pela vida da parturiente e seu bebê, e, por outro, o marido desta última deverá honrar o pagamento combinado ao final de todo o trabalho. Tadeu, esposo de uma moça atendida por D. Dina, explicou: “Eu contrato antes. Se acontecer alguma coisa com a minha mulher ou com meu filho, é culpa da parteira. A obrigação é do marido pagar” (DC, 12/11/2005). E as parteiras compartilhavam da mesma opinião, como lembrou a parteira D. Benta: “Quando chamam a parteira, sai do compromisso da família e passa ao compromisso da parteira” (DC, 29/11/2004). A retribuição, assim, não fica mais a cargo do que o marido puder ou quiser oferecer, como vimos no interior. E, por outro lado, a parteira sabe que precisará estar disponível e a postos daqui a nove meses exatos.

E Sandra me explicou a razão mais evidente para esse arranjo: “É o marido que acerta o parto porque ele é o dono da casa, é ele quem trabalha e foi ele quem ajudou a fazer o filho” (DC, 12/11/2005). Pereira, em sua pesquisa com parteiras em Manaus, notou o mesmo padrão: “Ao contratar um parto, a parteira faz o acordo com o marido da grávida e é dele que espera a primeira retribuição ao seu trabalho; com a mulher são feitos apenas acertos referentes ao tratamento de doenças femininas ou de crianças já nascidas” (1993: 83). Como no interior, permanecia a forte imagem do homem como “provedor do lar”, embora as mulheres, cada vez mais, estivessem contribuindo com renda inconstante, mas substancial (como já foi amplamente observado em outras pesquisas com grupos populares em periferias urbanas. Cf. Caldeira, 1984; Duarte, 1986; Sarti, 1996; Fonseca, 1989 e 2004).

No interior, não havia nem *escolha*, nem *acerto*. O homem *chamava* a parteira quando sua mulher aparecia *com dor*. Na cidade, o serviço é *escolhido* e *contratado*. Por mais que tentassem me convencer de que os homens estavam a cargo de ambas as tarefas, eu começava a notar que eles **intermediavam**, via o *chamado* no interior ou o *contrato* na cidade, a escolha feita pelas gestantes. Sua parte ativa se concentrava no *contrato* e, como veremos abaixo, no acerto de contas.

3.5.3 O aceite e o preço: O significado do “preço” dentro da trama de relações

Depois de receber a proposta de *contrato*, D. Dinorá explicava o serviço oferecido, como vimo-na fazer com Pedro, no Capítulo 2: “Eu assisto [a] mulher. Eu fico até o bebê nascer. Lavo a roupa. No dia seguinte eu torno a vir e fazer almoço e lavar a roupa. Faço isso por três dias. Depois, volto no oitavo dia” (DC, 12/09/2005). Quer dizer, a parteira assumia tarefas para as quais a mulher está indisponível, em razão de sua convalescença. Para que a

saúde dessa mulher fosse garantida, era ideal que ela *quarentasse* antes de voltar às suas atividades mais pesadas como *lavar a casa* (que implicava em esfregar todo o assoalho de tábuas de madeira), lavar roupa e especialmente as redes da família, puxar água de poço e trabalhar na roça. D. Dinorá explicava, “Faço isso por três dias”. Quer dizer, ela substituía a mulher nos primeiros dias e esperava-se que, nas próximas cinco ou seis semanas (totalizando os 40 dias), filhas, irmãs, vizinhas, mãe ou sogra da puérpera lhe ajudassem. Caso contrário, *o sangue podia subir pra cabeça* e, como me explicou D. Dinorá, *a mulher ficava louca*. Durante minha estada, ela me apontou três mulheres da cidade que haviam chegado a tal condição pelo fato de desrespeitarem a quarentena do puerpério seja porque voltaram cedo demais ao trabalho (voluntariamente ou não), seja porque apanharam de seus maridos ou sofreram algum desgosto ou susto muito intenso nesse período. (No Capítulo 2, vimos como o resguardo é uma fase especialmente vulnerável).

D. Dina lembrou também, ao dizer que “depois, volto no oitavo dia”, que retornará à casa da paciente ao final da semana. Esse momento é importante para avaliar a recuperação da mulher e a queda e cicatrização do umbigo de seu recém-nascido. E o sétimo dia é tido como de mais intenso perigo à saúde da criança. O *mal de sete dias* ou *této*, como chamavam, era evitado não dando banhos na criança nesse dia e não o expondo fora de casa. Inclusive, o que denomino de “ritual da unidade”, que consistia na parteira levar mãe e filho para vacinas e registros na unidade de saúde e na prefeitura, só acontecia após essa primeira semana de reclusão caseira. O trabalho das parteiras nesses dias posteriores ao parto era motivado pela importância desse duplo resguardo de mãe e filho. E, certamente, o preço que cobravam contemplava esse complexo quadro de tarefas e concepções de saúde.

No interior, ela só era *chamada* na hora *da dor*, do *aperreio*. Já na cidade, as parteiras oferecem um serviço muito mais freqüente e personalizado. Elas vão até suas pacientes sempre que chamadas, para uma simples *puxação*, para ensinar a fazer um chá pós-aborto ou para atender o parto. Pelo fato de freqüentarem quase que diariamente estas casas, uma mulher tem a chance de conhecer essas parteiras aos poucos e em diversas situações e se instalava, com mais intensidade do que no interior, uma cadeia de pequenas dádivas oferecidas, consideradas e retribuídas. Uma *puxação* voltava como um peixe do dia, um fio de carne, R\$3. Depois de ensinar a fazer um chá para uma hemorragia pós-aborto, D. Dinorá poderia receber uma lata de farinha, um litro de açaí.

Porém, este atendimento personalizado exigia uma adaptação. O fato de morarem todos pertinho permitia que a parteira voltasse para sua própria casa depois de cada serviço. Pelo fato de ter que ajudar a puérpera e, ao mesmo tempo, manter sua própria casa

funcionando, tinha que delimitar claramente suas funções nesse período. Não podia mais, como no interior, se mudar para a casa da parturiente por uma semana ou uma quinzena depois do parto. Uma nova temporalidade se configurava na cidade: muitos adultos se organizavam para terminar a lida na roça um pouco mais cedo para conseguirem assistir aulas de supletivo à noite; o comércio, o banco postal, a prefeitura e as igrejas funcionavam durante certo período do dia; os barcos partiam apenas em certos horários; a programação de televisão – sempre ligada – também regulava o ritmo dos acontecimentos etc. O tempo não poderia mais ser pautado apenas pelos afazeres e demandas da família, da natureza, da agricultura, do clima. E a parteira precisava delimitar não somente seu rol de tarefas, mas por quanto tempo iria cumprir cada uma delas. O valor do trabalho é cada vez mais quantificado pelo tempo gasto para realizá-lo. Além disso, definindo tarefas e cronograma, a parteira informava à paciente e sua família sobre o período em que estaria disponível, quando uma substituta deveria ser providenciada e o prazo dentro do qual a retribuição deveria ser quitada. As atendentes vão redefinindo suas atribuições, sem, contudo deixarem de praticar o que faziam no interior. Parece que estão a meio caminho: não atendiam o parto e deixavam o cenário (como um/a enfermeiro/a faria) nem se mudavam para a casa da puérpera (como faziam no interior). Por tudo isso, agora a parteira especificava ao marido por quantos dias iria permanecer atendendo a paciente.

Depois de expor suas tarefas, a parteira lançava o preço para o “pacote” das mesmas que, em Melgaço, havia sido *tabelado* há alguns anos em R\$60. Diferente do interior, no momento do *contrato*, a parteira definia quanto deveria ser a retribuição ideal. Não ficava mais nas mãos do homem avaliar o que poderia e desejaria lhe dar pelo fato de *aparar* seu filho. Porém, acredito que os R\$60 representavam mais um teto do que uma exigência absoluta, pois indicavam apenas o começo de negociação, sempre presente entre parteira e marido. Vigoravam, com mais frequência, variações desse preço que, antes de representarem exceções, refletem, a meu ver, como os valores respeitam, antes e acima de tudo, a **relação** que parteira e paciente estabelecem. Os outros preços que descreverei a seguir indicam como a lógica da reciprocidade e do laço social – que sustentavam mais explicitamente o trabalho da parteira no interior – ainda se mantinha com significativa força em Melgaço.

Havia uma diferença entre, por um lado, *mulheres de primeiro filho* (ou *mulheres verdes*) e, por outro, *mulheres acostumadas* (i.e. mulheres de segundo, terceiro, quarto etc. filho). Segundo me explicaram, a primípara *custa mais a ter*: a dilatação é mais lenta; ela é mais medrosa e insegura; ela demanda mais atenção e explicações; esta demora leva a família a concluir que o parto está *complicado* e precisa ser hospitalizado; será preciso mostrar à

família que o parto pode acontecer em casa etc. Em geral, a *mulher de primeiro filho* dá mais trabalho à parteira e por isso o preço é mais elevado em relação à *mulher acostumada* que pare mais fácil e rapidamente. Também faziam diferença entre *mulher que dá serviço* e *mulher que tem fácil*. (Bom lembrar que era provável, mas não necessariamente, que uma *mulher verde desse serviço*).

Tem mulher que dá serviço. Mulher que é mole e atravança. Tem criança que nasce quase morta. Já passei dias inteiros no quarto com a mulher sem colocar uma bóia na boca. Só esperando a mulher ter. Uma vez, arrebentou a dianteira, corooou o bebê às 8h da manhã e só nasceu às 18h. Quando dava a dor, a mulher se jogava pra trás, mole. Não tinha puxo. O bebê nasceu morto. Agora, tem outras que, quando diz que tá com dor, já vem mesmo. (D. Regina, DC, 23/11/2004)

Das primeiras, isto é, das *mulheres verdes* e as *mulheres que dão serviço* era provável que os R\$60 fossem cobrados, ao passo que das outras, as *mulheres acostumadas* e as *mulheres que têm fácil*, um preço mais ameno poderia ser feito, como R\$50 ou R\$40. Como comentado acima, o tempo passa a ganhar mais importância: quanto maior é a previsão de trabalho (em termos quantitativos e qualitativos), mais elevado é o preço a ser estipulado.

O mesmo raciocínio valia para outros fatores envolvidos no parto além do tipo de paciente. Numa noite de novembro, depois de atender sua sobrinha, D. Zica reuniu seus instrumentos de trabalho para ir embora. Ao sairmos, ela disse à sogra da parturiente: “Olha, meu preço é R\$60, mas eu faço por R\$50 se eu não lavar a roupa. Eu estou gripada e não quero me esforçar tanto, com medo de piorar. Os R\$10 a senhora dá pra quem for lavar a roupa” (DC, 25/11/2004).⁷⁰ (É bom lembrar que se desonerar da *roupa do parto* não implica em deixar de ver sua paciente nos primeiros três dias depois do parto).

Além disso, se a parteira não *puxar* a mulher durante a gestação, sai mais barato atender somente o parto. Se a parturiente morar bem perto da parteira ou disponibilizar os materiais de trabalho (e.g. *azeite* para as *puxações*, panos, álcool, óleo de amêndoa para o parto, refeições para a parteira durante o trabalho etc.) isso também pode diminuir o preço.

As parteiras freqüentemente aceitavam receber na forma de produtos e serviços, já que o dinheiro em espécie era sempre mais difícil de conseguir. Numa tarde em que me dirigia ao mercado, D. Dandara me interceptou toda sorridente para contar que havia atendido um parto naquela manhã. Eu lhe perguntei se já havia sido paga. “Eu atendi foi o parto da filha de D. Martina. (...) Eu não vou nem lavar a roupa porque o pai da moça não deixou. Ainda não me

⁷⁰ Aqui, D. Zica lembrava do acerto do pagamento, já feito com o marido da parturiente. Pelo fato de ele estar dormindo neste momento, o recado foi incumbido à sua mãe, que deveria lembrá-lo de *acertar* o serviço cumprido. O imprevisto aqui foi o desconto dado espontaneamente.

pagaram, não. A Martina vai tentar me pagar com farinha. Ou então, vai tentar vender a farinha e me dar o dinheiro” (DC, 19/11/2005). Já o parto de Berta foi sendo pago aos poucos. Sempre que precisava, D. Dina passava na venda do marido da moça e apanhava um quilo de arroz, uma lata de óleo ou algumas verduras (como tomates, cebolas, batatas). E o marido disse, “Esse é o começo do pagamento pelo parto da Berta. Eu vou receber essa semana e te pagar o restante, irmã Dina” (DC, 08/10/2005).

Vi minha anfitriã receber comida, madeira, material de construção em troca de seus atendimentos. Maridos e, às vezes, as próprias pacientes (geralmente quando eram solteiras ou o marido não estava presente) também lhe ofereceriam sua mão-de-obra como pagamento (como capinar uma roça, construir um novo cômodo na casa). Em geral, as parteiras aceitavam de bom grado a criatividade de seus clientes. Mas os produtos podiam ser sugestão da própria parteira: “Eu fui cobrar 2kg de carne da [Martinha] e ela disse que é só com o marido dela” (D. Dinorá, DC, 14/09/2005). De certa forma, manter o escambo reforçava o modelo costumeiro de retribuição: oferecer algumas galinhas ou alguns dias de *braçada* era a forma com que, especialmente no interior, essas parteiras viram suas mães e avós serem pagas por *pegar meninos*.

Era visível o contentamento de D. Dinorá quando, depois de uma *puxação* ou de um parto, a família lhe pagava imediatamente. Ela sempre tinha planos para o dinheiro que esperava receber. Por isso, quando eu a vi recusar pagamentos, fiquei bastante intrigada. Por exemplo, fomos chamadas em duas madrugadas consecutivas para acudir Mirtes. Uma hemorragia incontrolável lhe acometia. D. Dina suspeitava de um aborto. Massageou seu ventre e prescreveu chás e banhos de assento à moça. Mas a parteira não aceitou quando Everton, marido de Mirtes, lhe estendeu algumas notas depois do serviço. No caminho de volta para casa, ela me explicou: “Ele é muito bom comigo. Não precisa me pagar. Ele me dá óleo queimado, carne, outras coisas” (DC, 26/11/2004).

Esta flexibilidade demonstrada por D. Dinorá só acentuava a intensa rede de relações na qual as parteiras estavam inseridas. Não aceitar um pagamento, como no exemplo acima, significava que essas parteiras não só percebiam como havia uma complexa e intrincada balança de reciprocidade, como estavam atentas para que sempre que possível essa balança estivesse equilibrada ou, na melhor das hipóteses, tendendo a seu favor. D. Dina sabia que Everton era funcionário da prefeitura e poderia ser decisivo para acudir *aperreios* inesperados de sua própria família. Ter crédito com ele, portanto, poderia ser útil no futuro. E esse crédito é mais importante ainda quando bebês são aparados em famílias um pouco mais abastadas ou com mais desenvoltura política na cidade. D. Dina me explicou: “Eu atendo pelas pessoas.

Mesmo se não me pagam. A Bartira mesmo, por exemplo. Eles até hoje não me pagaram [o parto da filha]. Mas não tem um dia que eu passe ali que ela me negue uma água. Quando vou lá comprar açaí, ela tira um, dois, até três litros já tirou e me dá. ‘Não. Leva, leva pra você, Dina’, ela fala assim comigo” (DC, 21/11/2005). Não pagar, nesse caso, não consiste num calote, mas num crédito.

“As pessoas eram muito carentes, eu não tinha coragem de cobrar”, me explicou uma tarde D. Denise (DC, 12/11/2005). Assim, as parteiras trabalhavam de graça, ao que parece, para as famílias mais abastadas, como de Bartira, como lembrou D. Dinorá no parágrafo anterior, e, ao mesmo tempo, para as mais pobres, aqui segundo D. Denise. Contudo, não há, a meu ver, uma contradição nesse cenário. No exemplo de D. Dinorá, elas induziam a retribuição obrigatória na forma de crédito que, conforme o caso e o momento da contradição, poderia ser bem mais estratégico do que R\$60. No caso de D. Denise, oferecendo seu *dom* sem esperar qualquer pagamento, elas se distinguiam dos *muito carentes*. Em ambos os casos, elas mantinham sua ascendência na troca.

Assim, oficialmente, D. Dina e as outras atendentes de Melgaço diziam ter *tabelado* seus preços, mas a experiência de suas parturientes e a relação que desenvolviam com cada uma delas continuavam a ser consideradas. Gratuitidades, escambos e preços variáveis poderiam ser tidos como descontos para uma certa paciente (favoritismos), reflexos da reciprocidade em ação (quando a parteira estivesse em situação de débito) ou indicativos das diferenças entre estilos de trabalho. Essa lógica tinha espaço para contemplar as diferentes intensidades de laços entre parteiras e seus clientes e, de forma concomitante, anunciava novos esboços internos do ofício.

3.5.4 Quando o *contrato* não é aceito: A perda do monopólio e a liberdade de não aceitar

Assim como no caso do *chamado* no interior, na cidade, geralmente a *escolha* e o *contrato* eram prontamente aceitos. Mas, em algumas circunstâncias, as parteiras não aceitam ou não atendem as pacientes. Vejamos em maior detalhe como esses rompimentos do círculo de dívidas informam sobre os novos moldes do trabalho das parteiras na cidade. Primeiro, como já mencionado, na cidade uma determinada parteira não é a única fonte de *ajuda*: pode-se recorrer às várias outras parteiras e outros recursos (hospital, médicos, enfermeiros etc.). Segundo, uma parteira vai, pouco a pouco, consolidando uma clientela e, para ter alguma renda, não precisa restringir-se a um único marido devedor. Terceiro, possivelmente ela

também conte com outras oportunidades de renda (*benefícios*, aposentadoria, biscates, emprego etc.) e sua colaboração no orçamento doméstico não depende somente do partejar. Quarto, ela vai acumulando novos compromissos (como cursos e viagens que vêm se tornando cada vez mais legítimos e freqüentes no espectro de seu ofício), que lhe impedem de estar na cidade em tempo integral. Quando viajou para Belém, D. Dinorá pediu que sua colega, D. Mirna, atendesse uma moça que já havia lhe *contratado* o serviço. (Neste caso, D. Dina, que acompanhou toda a gestação da moça, ganhou pelas *puxações* e o parto foi pago à D. Mirna). Quinto, problemas de saúde são mais facilmente aceitos como justificativa para não atender quando a parteira já tem uma idade mais avançada. Como visto acima, D. Zica estava gripada ao atender a sobrinha e não quis lavar a *roupa do parto*. D. Dinorá tinha pressão alta e, quando Ivan veio lhe *contratar*, ela estava passando mal e não se dispôs a atender o parto de sua esposa. Todos esses aspectos são considerados para, excepcionalmente, não aceitar e/ou não manter um *contrato*. Nesse novo cenário, parece que mulheres e parteiras ampliavam os limites de sua barganha no que se refere aos eventos reprodutivos. As primeiras podiam, agora, *escolher* quem iria lhes atender. As segundas podiam decidir se atenderiam ou não.

Assim, as parteiras urbanas perdiam o monopólio dos atendimentos do qual gozavam num certo igarapé no interior, contudo se desincumbiam de uma obrigatoriedade absoluta que vinha a tiracolo. Elas podem se permitir ficar doentes, viajar, passar o serviço adiante. Estes motivos para quebrar o círculo de dádivas poderiam ser verdadeiros, conhecidos e consensuados. Porém, poderiam também ser apenas “desculpas” para evitar trabalhar de graça, para não levar *lobas*, como chamavam localmente os calotes. Aqui, o importante é notar como se esboçava toda uma lógica que consistia em **avaliar** se era estratégico assumir ou não um *contrato*. Era comum que o pagamento acontecesse tempos depois do serviço realizado – estes eram os *partos afiados* como me diziam. Mas o risco era sempre que os *partos afiados* se transformassem em *lobas*. Para evitar essa situação de potencial conflito, mais e mais, as parteiras vinham se negando a atender os homens que haviam desenvolvido uma reputação, tanto entre as parteiras quanto no comércio da cidade de uma forma geral, como *mal pagadores*, *bonequeiros*, *trambiqueiros* ou *enrolados*, como eram chamados depreciativamente.

Uma tarde, Goreti, filha caçula de D. Dinorá, apareceu para lhe pedir um dinheiro emprestado. O trecho da conversa que se seguiu entre nós três é eloqüente para a discussão nessa seção do capítulo:

D. Dinorá: Tô podendo ajudar não, Goreti. Eu já atendi três partos do Robson e nenhum foi pago. Eu já avisei pra Martinha, mulher dele, pra não engravidar porque eu não vou atender ela. É melhor ela ir pra Unidade. A comadre Benta [outra parteira] também já avisou pra ele e olha que o Robson é neto dela. Ela não vai atender mesmo. Eu fui cobrar 2kg de carne da mulher dele e ela disse que é só com o marido dela. Mas eu disse que ela é quem embarriga. Ela não me deu a carne.

Soraya: Mas por que elas não vão pra Unidade de uma vez, já que lá é de graça mesmo?

D. Dinorá: Elas não gostam da Unidade porque lá judiam delas. Ficam dedando as mulheres toda hora. (...)

Goreti: Mas dia desses a Martinha não chamou a senhora pra puxar ela?

D. Dinorá: Chamou, mas eu talhei.

Soraya: Será que ela entendeu o recado?

D. Dinorá: Acho que entendeu. Não apareceu mais. Mas não é só o Robson que tá me devendo. Quer ver só? [A matriarca passou, então, a rememorar vários nomes e valores. Sem vacilar ou perder o ritmo, listou 18 nomes de homens. Eles lhe deviam de um a até quatro partos, totalizando 25 serviços feitos sem receber. No total, a lista contemplou quatro partos com o valor de R\$40, oito por R\$50 e 13 de R\$60. Lhe deviam, no total, R\$1.340].

Soraya: (...) Mas por que a senhora listou esses 25 partos? Acha que vai receber esses partos que a senhora chama de *afiados*?

D. Dinorá: É só pra saber quem não paga mesmo. Para saber quem é mal pagador. Os outros, os muito antigos não pagam mesmo. Vou fazer de tudo para não atender estes mal pagadores. Só se for o caso mesmo, se chegar dizendo “A mulher tá em perigo”. Se não for muito grave, deixo pra lá. (DC, 14/09/2005)

Robson devia três *partos afiados* à D. Dinorá e, com o passar do tempo, perdia sua credibilidade no mercado do partejar na cidade, inclusive com sua avó, D. Benta. Depois do último parto de Martinha, D. Benta contou a D. Dinorá e a mim, em visita à sua casa: “O Robson veio me chamar, mas eu disse que não tinha condição. A minha saúde não tá boa. Também ele não é bom de pagar. Eu não agüento mais a gente não receber” (DC, 29/10/2005). Robson é um exemplo do homem *mal pagador*.

Nessa conversa também fica claro como as parteiras, diferente do interior, assumiam uma cobrança mais efetiva e frontal. Esperavam que o *contrato* fosse honrado pelo marido da paciente já que elas tinham cumprido sua parte no trato. Quando o trato não é cumprido, vemos na conversa acima como D. Dinorá foi **cobrar** de Martinha. Já D. Tetéia, outra parteira, também tinha uma estratégia explícita nesse sentido: “Quando precisam de mim,

sabem onde eu moro. Mas para pagar, eles não sabem mais. Eu vou três vezes cobrar. Depois disso, eu não vou mais. Eles sabem que me devem. A minha responsabilidade é por três dias. Depois, é por conta deles” (DC, 29/11/2004). Em geral, estas *aparadeiras* não adotavam uma atitude de passividade e espera.

Não penso que um *contrato* fosse negado porque as parteiras desenvolviam um perfil unicamente comercial e calculista. Parece que, de outro modo, priorizavam a relação com aquela família e sabiam que uma *loba* contribuiria para esgarçar significativamente essa aliança. Era mais fácil *talhar* um pedido de *puxação* ou um *contrato* de parto (antes que o compromisso se efetivasse) do que depois conviver com uma *loba*. D. Dinorá explicou ter feito isso: “Uma moça veio me pedir para puxar. Ela era de marido mau pagador. Eu disse, ‘Não tô fazendo esses serviços. Só puxo quem me paga’” (DC, 14/09/2005). Mais e mais, tendiam a se precaver de *lobas* e valorizar tanto seu trabalho quanto o relacionamento entre as duas famílias. Porém, na hora do *aperreio*, no meio da noite, dificilmente uma parteira se negaria a atender um *parto na precisão*. Como explicou D. Dina na conversa acima, só *se o caso for grave, se a mulher estiver em perigo* ela aceitaria atender a esposa de um *bonequeiro*. Como no interior, preservavam o caráter obrigatório nos momentos de *aperreio*, *susto*, emergência.

Assim, era com os maridos, sobretudo os *mal pagadores*, que estas parteiras rompiam, não com as parturientes, as mulheres *em precisão*. Dessa forma, deixar que os homens controlassem o *contrato* e *acerto*, era uma estratégia para mantê-los como intermediários e, de certa forma, figuras tangenciais neste quadro para preservar a relação com as pacientes. Parece que, mesmo num novo cenário – o urbano – em que se institucionalizavam novas práticas, como o *contrato*, preços *tabelados* e o pagamento, a prioridade do atendimento destas parteiras permanecia sobre as parturientes. O compromisso era com a mulher *com dor*. São elas quem mobilizam o *dom*, a experiência, a oferta, o trabalho das parteiras.

Há mais um ponto a considerar nessa seção. A obrigatoriedade de oferecer o *dom* não se abalava apenas com os *trambiqueiros*, mas também com os parentes. Como vimos no interior, os partos de uma casa preferencialmente eram atendidos por uma parteira ou matriarca experiente que ali coabitava. Mas em Melgaço, eu encontrei mulheres sendo atendidas por parteiras com as quais não eram aparentadas; mulheres chamando outras parteiras apesar de contar com alguma na família; parteiras passando para outras o atendimento de suas filhas, netas e sobrinhas; parteiras cobrando pelo serviço realizado dentro da família. O parentesco e a vizinhança, valores tão caros no interior, continuavam sendo importantes na sede urbana do município e, como vimos em seções anteriores, são os

primeiros aspectos considerados no momento de *escolher* com quem parir. Mas parece que passavam a ser matizados pela *escolha*, que ampliava o escopo de atendimento. Além disso, outra nova prática que tentavam instaurar era a ampliação e a democratização do pagamento do parto a todas as parturientes atendidas, independente do laço existente com a parteira. Suspeito que essa prática estava ainda sendo consolidada porque uma forte polêmica persistia. Muitas parteiras exclamavam surpresas, “Filha minha não paga!”. Mas algumas concordavam com os seguintes argumentos:

Não é justo. Tem que pagar sim porque a parteira trabalhou muito. Se sabe que a mãe não cobra, a mulher faz mais filho. (Tadeu, filho, esposo e genro de parteira, DC, 12/11/2005)

Filha de parteira paga sim. A Cristina, minha menina, me pagou até mais do que outra que eu atendi na mesma época, que nem parente minha é. (D. Deuselina, parteira, *ibid*)

Se fosse eu, eu ia pagando desde que eu engravidasse. Quem precisa é a gente e não o homem. Na hora da dor, é a gente que sofre. Mas aí dizem que eu não pago porque eu sou filha da mamãe. Mas eu disse que pago sim, nem que seja metade. É só ir lá perguntar pro Coutinho [seu marido] se ele não pagou a mamãe. (Goreti, filha de D. Dinorá, DC, 14/09/2005)

Contudo, o serviço e, conseqüentemente, o preço de um parto na família já tendiam a ser menores por três razões: a) A parturiente geralmente mora com a parteira ou bem perto da mesma e esta não precisará fazer longas caminhadas ou se expor aos perigos da noite; b) Há outras pessoas na família para se encarregarem da *roupa do parto* e do cuidado do puerpério; e c) Já se conhece o “histórico obstétrico” dessa filha e, assim, sabe-se que ela não é uma *mulher verde* e tampouco tende a *dar serviço*. (Se *der serviço*, há mais intimidade para a parteira reprimir essa *tolice*). Mas pessoas como Tadeu, D. Deuselina e Goreti tentavam convencer a mim e aos demais como a prática de cobrar deveria ser generalizada sobre as variações de preço, tidos agora como “favoritismos”. Estava em curso uma tentativa de padronizar a contra-dádiva.

3.6 Progressão de carreira: Profissionalização e uma nova política de tarifas

Até aqui, vimos como algumas novas dinâmicas se configuravam na cidade: a monetarização das trocas; a instabilidade do homem como provedor único da família; mais oportunidades de emprego e renda para as mulheres; uma temporalidade que abrange outra organização das tarefas e dos ritmos para realizá-las etc. Dentre todas estas dinâmicas que afetavam e redefiniam o trabalho das parteiras, havia mais uma com especial centralidade

nesse quadro. Os cursos de treinamento, oferecidos às parteiras pelo Estado, ONGs ou como iniciativas individuais de médicos, enfermeiros e clérigos, têm se intensificado pelo país e, particularmente em Melgaço. E têm contribuído para que as parteiras semantizem e incorporem certas novidades. Há algumas décadas, os treinamentos são uma iniciativa comum no mundo todo para, principalmente, diminuir os índices de mortalidade materna e neonatal “enquanto” a infra-estrutura hospitalar não se universaliza. Estes cursos serão discutidos em maior detalhe no Capítulo 5. Por enquanto, desejo ressaltar a influência dos cursos em Melgaço sobre as dádivas e contra-dádivas trocadas entre parteiras, pacientes e suas famílias.

Muitas das parteiras dessa região já haviam participado dos cursos oferecidos nos últimos anos no Pará. Porém, aquelas que vivem no interior estavam menos acessíveis aos mesmos dadas as dificuldades em termos de transporte e comunicação, principalmente. O PSF e os ACS são fundamentais para localizar e convidar as parteiras para participarem dos cursos e, no interior de Melgaço, estão a cargo de atender cerca de 17 mil pessoas que esparsamente aí habitavam. Há algumas décadas, suspeito que a capilarização das informações e oportunidades, como os treinamentos por exemplo, acontecesse ainda mais morosamente. Assim, as atendentes que mais participaram dos cursos nas últimas décadas foram aquelas que moravam na cidade.

As parteiras com quem eu convivía associavam a incorporação da prática de cobrar de forma mais sistemática pelo partejar aos profissionais de saúde que lhes dirigiram iniciativas didáticas e sanitárias.

D. Tetéia: Bom, eu atendia em tudo que é canto. (...) No começo, eu não sabia cobrar. Aí, passaram a cobrar depois do curso que teve aqui. Fizeram um curso e deram o preço para nós. Isso foi em 1980. Era R\$40 para segundo filho e R\$50 para primeiro filho.

Soraya: Nesse curso de 1980, quem deu o curso?

D. Tetéia: Era um médico que nem a senhora. Um médico veio conversar comigo. Eu perguntei pra ele se não iam subir o preço e ele disse que não ia subir. É um preço justo? Não sei. (DC, 29/11/2004)

Antes, esta parteira *não sabia cobrar*. Recebia, como vimos ser corrente no interior, o que os maridos das parturientes estivessem dispostos a lhe oferecer. D. Tetéia explicou que a sugestão de formalizar a retribuição pelo atendimento partiu dos profissionais de saúde, embora ela achasse que o valor deveria ser, inclusive, mais alto. Valorar quantitativamente o trabalho obstétrico parece que fazia sentido tanto para as parteiras quanto para o público que atendiam. Dificilmente um preço por esse atendimento obstétrico não oficial emplacaria se

parturientes e seus maridos não concordassem em pagar. E a data apontada por D. Tetéia coincide tanto com a época de migração mais intensa para a sede urbana quanto com um momento em que a familiaridade com o dinheiro se ampliou.

D. Tetéia, bem como outras parteiras, localizavam, portanto um ponto de inflexão importante em seu trabalho: quando a retribuição passa a ser pré-estabelecida em espécie. Além disso, vale lembrar que houve um *tabelamento* desse valor. A sugestão do médico referido foi que todas as parteiras esperassem pela mesma quantia. Mudança similar foi notada em outras pesquisas. Stephens (1992), por exemplo, ao pesquisar as parteiras da periferia dos centros urbanos na Índia, observou que tiveram seu status enaltecido pelo treinamento e, com isso, inflacionaram seu preço de atendimento. Isto aconteceu porque, como as entrevistadas explicaram, “agora eu tenho os instrumentos” (1992: 815) e pela suposição de que angariassem status ao entrar em contato com as autoridades da biomedicina.

Noto que essas novidades podem ter sido justificadas por algumas razões, mas, como não conto com dados específicos que sustentam essas inferências, comento-as aqui de forma ainda tentativa e provisória. Primeiro, talvez os gestores sugeriram a monetarização do partejar porque acreditassem ser importante encontrar uma renda para estas trabalhadoras já que, apesar de sua indispensabilidade à época na cidade, sua incorporação na saúde oficial tendia a ser improvável. (Bom lembrar que a Unidade de Saúde da cidade foi construída em 1977 e, por muito tempo, atendeu partos apenas de forma muito intermitente e emergencial. Só em 2004 passou a oferecer serviços obstétricos sistemáticos, regulares e na forma de plantões). Segundo, a renda pecuniária era uma necessidade cada vez mais presente no espaço urbano. Terceiro, talvez, se os preços fossem levemente inflacionados (em relação ao que era retribuído na forma de produtos e serviços), as famílias seriam desestimuladas a aumentar a prole, provocando assim algum controle de natalidade. (Como vimos na Introdução desta tese, esta foi uma prioridade da política dita “materno-infantil” por longos anos no país. Cf. Berquó, 1993; Costa, 1999). Quarto, a retribuição pelo parto atendido ajudaria a valorizar o trabalho das parteiras já que, por um lado, um preço único serviria para demonstrar, mesmo que embrionariamente, uma identidade de classe entre as parteiras e, por outro, a organização mais profissional da atividade. De uma forma geral, todas essas razões repousam sobre uma lógica biomédica, profissional e urbana, pois suponho que o desenho dos cursos tenha permanecido por muito tempo pautado pela experiência dos instrutores e gestores de políticas públicas de saúde.

Contudo, embora ser remunerada em troca do atendimento obstétrico tenha parecido conveniente para estas parteiras e embora contassem com o respaldo de legitimidade

conferido pela biomedicina, esta proximidade com os cursos não foi totalmente positiva. Associar-se com os cursos foi tido como uma institucionalização, mesmo que simbólica. Quer dizer, cada vez mais, as parteiras foram vistas transitando e recebendo aulas dentro da Unidade de Saúde; conversando com profissionais de saúde, da prefeitura e forasteiros que vinham especialmente para ministrar os cursos; circulando pelos barcos, outros hospitais e outras cidades etc. O resultado mais imediato da presença de D. Dina e suas colegas nestes espaços (que antes pouco ocupavam) foi a suposição de que, como médicos e enfermeiros, as parteiras também recebiam do Estado para trabalhar. Assim, ao atender partos, mesmo que domiciliares, os maridos estariam desonerados de retribuir por esse serviço, como lembra D. Antônia: “Tem um homem que me falou que as parteiras ficam ganhando do estado e ainda cobram dos pais. Se o prefeito pagasse um salário, eu trabalhava lá no hospital. Não precisava dos pais. Mas eu trabalhei contra esse prefeito aí, então sei que ele não vai me ajudar nessa minha profissão” (DC, 23/11/2004). Não só a clientela das parteiras lhes associou à máquina estatal – as próprias parteiras também mantinham a expectativa de, mais cedo ou mais tarde, serem remuneradas, como funcionárias ativas do sistema de saúde (no hospital), como disse acima D. Antônia, ou como funcionárias inativas, como lembrou D. Zélia: “Já tá saindo pagamento para as parteiras em Breves. Falaram que quando estivesse tudo organizado, a Nísia [da ONG Partejar] falou, vamos receber o aposento. A Associação da gente já tem o livro [de atas], mas o documento não foi tirado ainda. O estatuti. Aí, com isso organizado, vem grana do Estado” (DC, 25/11/2004). Esta pseudo ou, ao menos, proto-institucionalização foi bastante catalisada pelos cursos. E, apesar de aos mesmos ser creditado o início da contraditória monetária e tabelada, essa novidade não se transformou unicamente em uma vantagem para as parteiras, nem por seu público nem por elas próprias.

Uma segunda suposição derivada da proximidade entre parteiras e cursos de treinamento também foi notada em campo. Todos sabem que os serviços oferecidos pelo posto de saúde, unidade de saúde e hospitais da região são gratuitos. Assim, nos casos em que as parteiras levavam suas parturientes para o espaço hospitalar, as parturientes e seus maridos concluíam que tampouco precisavam pagar por esse trabalho, como explicou Gema, enfermeira-chefe da Unidade à época da pesquisa: “Antes as parteiras faziam parto na Unidade. Mas o problema é que as mulheres deixavam de pagar elas se iam pra Unidade. Como elas gastavam o material da Unidade, panos, luvas e tal, as mulheres queriam pagar com desconto. Aí, as parteiras pararam de levar pra lá” (DC, 12/10/2005). Estas parteiras me contaram que levaram suas pacientes à unidade de saúde na expectativa de receber ajuda dos profissionais de saúde em casos complicados. Algumas vezes, estes personagens

corresponderam ao esperado e resolveram a situação. Mas, em geral, não encontrando equipe ou material na unidade, elas próprias tiveram que atender o parto. No capítulo 4, veremos como Beatriz foi acompanhada por D. Dinorá em casa, na unidade de saúde e durante toda uma viagem de barco até Portel, onde finalmente recebeu uma cirurgia cesariana. Mesmo dedicando quase um dia inteiro à parturiente, sua família não considerou que o atendimento demandasse retribuição já que, ao final, o bebê foi recebido no hospital pelas mãos do médico e enfermeiros.

E, por fim, uma terceira suposição foi catalisada pelos cursos. Além de diplomas, camisetas e livros, ao final dos cursos as parteiras recebem *kits* de material obstétrico. Idealmente, a Unidade de Saúde local deveria repor cada item que fosse consumido. Mais recentemente, contudo, este material está menos disponível e, muitas vezes, as parteiras compram os itens que julgam mais necessários (e.g. álcool, fio para o umbigo etc.), como contou D. Lavínia: “Tem um pai de uma criança que eu atendi que falou que quando receber vem me pagar. (...) Nós precisa do dinheiro porque nós compra todos os aperparo” (DC, 18/09/2005). No interior, não usavam o material e não dependiam, assim, do dinheiro para adquiri-lo. Mas agora estas parteiras também atrelavam o pagamento pelo parto ao consumo desses *aperparos*. Estreitar laços com a unidade de saúde e sua equipe técnica poderia ser interpretado como uma oportunidade de benefícios, seja a remuneração pelo trabalho, seja o abastecimento das bolsas. Stephens mostrou que, apesar dos cursos de treinamento considerarem, em seus propósitos iniciais, a contrapartida do sistema de saúde, “a integração com sistemas de saúde alopáticos envolve uma transferência limitada de capacidade técnica, pouco suporte e reconhecimento das contrapartes alopáticas” (*ibid*: 815-6).⁷¹ E, assim, as parteiras corriam o risco de serem desapontadas duplamente, pelas famílias atendidas e pelo Estado.

Além do Estado, a presença de *pessoas de fora* (como também me classificavam, como vimos no Capítulo 1), ligadas ou não aos cursos, também era interpretada localmente como uma oportunidade de substituição da contra-dádiva costumeira dirigida dos maridos das parturientes às parteiras. Eu, por exemplo, optei por não pagar por entrevistas, fotos ou partos assistidos. Dinheiro entrava para colaborar com a manutenção e alimento na casa de minha anfitriã.

Mas havia outros tipos de relações entre “estrangeiros” e parteiras. Uma cineasta franco-paulistana tinha passado várias temporadas ao longo dos últimos anos em Melgaço

⁷¹ “The integration with allopathic health systems involves limited transfer of technical skills, little back-up and recognition of allopathic counterparts” (1992: 815-6).

colhendo fotografias e imagens para um filme sobre as parteiras da região. Uma tarde, D. Antônia me contou que sua filha estava nas últimas semanas de gestação e perguntou se eu também queria filmar seu parto. Eu lhe expliquei que meu trabalho consistia em conversar com as pessoas e participar de suas vidas (incluindo os partos) sempre que fosse convidada. Não usava filmadora e raramente fotografava as pessoas e os eventos por elas vividos. O muxuxo no rosto de D. Antônia me surpreendeu. Ela, então, explicou que realmente desejava que eu filmasse o parto da filha porque esperava que, como a cineasta, eu desse R\$300 à parturiente, R\$50 à parteira que o atendesse e presentes ao recém-nascido. De forma semelhante, em outra ocasião, uma vizinha de D. Dinorá lhe perguntou quando a cineasta voltaria novamente porque sua filha logo estaria no ponto de parir. Minha anfitriã lhe explicou, “Aquele serviço já terminou. Ela pagava um salário pra mulher e também pagava a parteira. Mas sabe, nenhum pai me pagou enquanto ela esteve aqui. Foi tudo ela que me pagou” (DC, 21/11/2005). Ao pagar pelo material coletado, isto é, os partos filmados, uma nova personagem passava a fazer parte do cenário obstétrico e o costume da contra-dádiva local e habitual do partejar era interrompido ou, ao menos, abalado.

Os cursos também contribuíram para acirrar diferenças entre as parteiras. Ter aulas era uma forma de se distinguir uma das outras. Saber uma nova gama de informações, manusear um novo conjunto de instrumentos, tornar-se fluente num novo léxico de palavras e expressões parece que tornava legítimo não só que o parto fosse remunerado mas que também se cobrasse mais do que uma colega não “letrada” nessa “cultura dos cursos”. Atender partos deixa de ser um serviço simples, naturalizado e realizável por qualquer mulher que tenha tido filhos. *Aparar meninos* passa a ser considerado como um trabalho difícil e limitado a quem **sabe** resolvê-lo: “Meu filho falou que ouviu um comentário dia desses na Unidade. Disseram que as parteiras aqui da cidade são tudo umas bestas. Chamaram de besta nós. (...) Os homens que dizem isso é que não **sabem** acudir uma mulher enrascada. A gente **sabe** fazer o parto se precisar. Eles nem isso **sabem**” (D. Zica, DC, 25/11/2005, ênfases minhas).

Nesse processo de desnaturalização do partejar, os cursos também contribuíram para definir com maior nitidez os contornos e limites do mesmo. A obrigatoriedade do *dom* deixava de ser onipresente e incontestável: um dos principais pontos do curso era sugerir às parteiras que não atendessem toda e qualquer situação que lhes chegasse à porta. D. Dinorá, em duas situações, deixou claro seu limite aos seus pacientes. À uma moça que recém enfrentara um aborto, disse: “Milica, você não fez o pré-natal? Se você engravidar de novo e continuar a não fazer o pré-natal, eu não vou te atender. Parteira nenhuma é obrigada a atender gestante assim. Nem médico. É muito risco para nós, menina” (DC, 18/11/2004). A

um marido de uma múltipara, ameaçou: “Olha, Tadeu, a Sandra é de risco. Já disseram para ela isso no hospital. Eu vou atender ela, mas eu não quero que, se ela morrer, você venha colocar a culpa em mim. O último já foi difícil” (DC, 04/10/2005).

Aprendiam que os *casos de risco* biomédico – gestantes sem o pré-natal, múltiparas, obesas, diabéticas etc. – deveriam ser encaminhados ao hospital e que respondiam legalmente pela vida da mulher e do bebê, como lembrou Goreti, filha de D. Dina: “Mas as pessoas não pensam na responsabilidade que tá na mão da parteira. Pensa que ela passa umas horas lá com a mulher e pensa que é fácil. Mas não é. Se alguma coisa der errado, tá na mão da parteira” (DC, 14/09/2005). Se ambos cenários – *risco* e *responsabilidade* – não fossem respeitados, as parteiras poderiam ser julgadas pelos representantes oficiais da saúde e da lei (e.g. médico, secretário de saúde, polícia, delegado, juiz). Estas parteiras tornavam-se mais familiarizadas e, ao mesmo tempo, subordinadas às instituições da Medicina e da Justiça, (mesmo permanecendo até hoje extra-oficiais ao sistema de saúde). Conflitos sobre partos mal sucedidos, pagamentos não honrados, mortes maternas e/ou neonatais não seriam mais resolvidos no âmbito doméstico, familiar, vicinal. Seriam levadas às instâncias de maior autoridade. Numa tarde, enquanto visitávamos D. Benta, ela nos contou uma história nesse sentido:

D. Benta: Na época do meu primeiro treinamento, me chamaram na delegacia. Eu fiquei com medo, “O que eu fiz pra ser chamada na delegacia?”, pensei. Tenho medo de delegacia. Falaram que eu tinha que levar meus documentos e o certificado do curso. Eu fui e me perguntaram como eu fazia o parto. Eu fui dizendo tudo. Aí, o delegado falou, “Essa mulher veio dar parte da parteira. Ela diz que a parteira não fez isso e aquilo. A senhora, D. Benta, queima o imbigó?”. Eu disse que não queimo e nunca queimei. O bebê tinha morrido fazia cinco dias. A parteira não tinha queimado, quem queimou foi a avó, no quarto dia. E aí, no quinto dia, morreu. Eu disse então pra mulher, “Quem matou seu bebê não foi a parteira. Foi sua avó”. E fui embora.

D. Dinorá: Se não fosse a senhora, a parteira poderia ter sido presa.

D. Benta: Isso mesmo. Eu tenho uma neta que a parteira queimou o imbigó dela e depois deu banho. Hoje, ela não fala nem anda direito. Por causa do imbigó queimado. (DC, 19/11/2004)

Nesse exemplo, a parturiente atendida havia perdido seu bebê e tentava culpabilizar a parteira pelo ocorrido para não precisar pagar pelo serviço realizado, para receber algum tipo de compensação pela perda do bebê ou para desdizê-la e interditar sua atuação junto a outras mulheres. Nesse sentido, recorrera ao delegado local. D. Benta, assídua participante dos cursos e reconhecida pela experiência e “currículo” de atendimentos, foi chamada para

explicar o que idealmente deveria ser seguido pelas parteiras treinadas. Fica claro como havia uma desconfiança *a priori* sobre as parteiras que ia sendo aplacada mediante a proximidade das mesmas com a biomedicina, representada pelos cursos.

Não só delegados e médicos avaliavam as parteiras. Eu notava como também elas acionavam os cursos e a familiaridade com a biomedicina, com as instituições públicas e com a burocracia como elementos de distinção.

Eu não sabia a hora que o bebê ia nascer. Só quando descola o colo do útero. Agora eu sei a hora de nascer. Se não der a contração, não nasce. Muitas parteiras do interior não têm esse conhecimento: como é o útero, como a criança se gera, quando tá dilatado, quando vai nascer. (D. Antônia, DC, 23/11/2004)

Mas não pode confundir. Tem gente levando a Declaração de Nascido Vivo no posto e na unidade e dando duplo registro. O homem do cartório me disse que só eu levo certo. Tem parteira que não preenche direito, que não leva. (...) Mas é tudo o pessoal do interior. Agora, se não mandam registrar é problema deles. Eu falo para eles registrarem, mas a moças ficam esperando o pai registrar e passa mais de ano. (D. Dinorá, DC, 23/11/2004)

Ao usarem termos como *colo de útero*, *contração*, *dilatação*, *declaração de nascido vivo*, *o homem do cartório* etc., D. Antônia e D. Dinorá demonstravam participar de um seletivo grupo de parteiras com trânsito por espaços, documentos, personagens específicos e, por muito tempo, inacessíveis a grupos populares, iletrados, interioranos. E os cursos tinham-lhes ajudado a reunir estas informações e, mais do que tudo, de **saber** como usá-las.

Assim, participar dos cursos, usar uma *bolsa de aperparos*, conhecer a tabela de preços, saber cobrar pelo serviço realizado, reconhecer *partos de risco* e saber para onde encaminhá-los, conhecer e preencher os documentos (e.g. *ficha do parto*, Declaração de Nascido Vivo etc.), reconhecer a *responsabilidade* implicada no partejar e sua subordinação à justiça eram vários dos **saberes** que estas parteiras urbanas alegavam reunir, em comparação com suas colegas do interior ou com aquelas da cidade que resistiam aos treinamentos. Esse capital simbólico também servia para justificarem o preço de R\$60 que exigiam como contradição e para se distinguirem de colegas menos graduadas:

Lá onde eu moro, a outra parteira se chama Carmem. Ela só fez três partos até hoje. Ela é mulher de um primo seu. Não tem treinamento. Ela tem medo de atender. Quando lhe chamam, não vai. (...) Um homem lá (...) achou difícil pagar R\$60 pra mim e chamou a Carmem. Mas ela ficou nervosa. (D. Edilane, DC, 30/10/2005)

Tem uma lá que atende por menos, R\$20, e todo mundo vai com ela. A gente atende por R\$60. E ela lá não fez curso nenhum. (D. Lucinda, DC, 14/11/2005)

Em suma, os cursos – principalmente como importante marcador de distinção – ajudavam a valorizar seu trabalho, a aumentar sua expectativa em receber por ele e a deflagrar uma intensa indignação ao serem logradas com *lobas*. Uma vez na cidade e, sobretudo, treinadas, estas parteiras se sentiam diferentes.

3.7 Comentários finais: Além das dicotomias

Na cidade e também no interior de Melgaço, como já vimos, um altruísmo voluntário era raro. No interior, mesmo quando não recebiam uma retribuição pecuniária, os atendimentos eram arrolados num sistema de crédito informal e pessoal. Já na cidade, notei que as parteiras *com dom*, geralmente as católicas (como também notou Silva, 2004: 116), também seguiam a tabela dos R\$60, mas algumas titubeavam no momento de cobrar dos *mal pagadores*. Assim, em comparação às evangélicas, sobretudo, as parteiras católicas tendiam a levar mais *lobas*. Em resposta a isso, notei dois fenômenos. Primeiro, **menos** parteiras, sobretudo as mais jovens que haviam começado a trabalhar já na cidade, associavam sua iniciação no ramo ao *dom*. Das 22 parteiras da cidade, 19 haviam se iniciado no interior. Destas, 12 haviam começado *na precisão, sozinhas* ou *sem curso algum* e somente quatro eram *de dom*. E das três parteiras que se iniciaram na cidade, nenhuma havia *recebido o dom*. Julieta, Sandra e Jajá haviam começado *no susto*, com uma parteira-tutora ou com os cursos ministrados na cidade. Dadas as novas situações, em termos de hospitalização, monetarização, conjugalidade e concorrência, parece que as parteiras aprendiam a manusear várias entradas iniciáticas no ofício como estratégia para ampliar sua capacidade explicativa acerca de sua expertise e, assim também, sua desenvoltura no cenário obstétrico da cidade.

E um segundo aspecto foi notado. Na migração para a cidade, algumas parteiras têm ingressado na Assembléia de Deus, Deus é Amor, Assembléia de Deus do Ministério da Madureira, por exemplo. Das 22 parteiras, muitas das oito evangélicas haviam sido católicas quando viviam no interior. Como no país inteiro, uma forte pentecostalização vem se fazendo presente também em Melgaço e municípios vizinhos. Esse era um cenário favorável para um relacionamento menos contraditório com trocas comerciais e monetarizadas (Cf. Oro, 2003). De alguma forma, havia uma tentativa de dessacralizar o ofício, menos ligado ao *dom* e ao catolicismo. Mas isso não significava, como asseguram os seguidores da lógica dos *Mundos Hostis* (Zelizer, 2005), que a relação entre parteiras e pacientes se tornavam mais impessoais e distantes. Julgo que ambos os aspectos, isto é, a amplitude explicativa da iniciação e a tendência protestante da região contribuem, primeiro, para isentar a parteira de creditar sua

capacidade somente a Deus; segundo, para viabilizar uma relação mais naturalizada com o dinheiro, a ascensão social e econômica, o investimento em planos individuais; e, terceiro, para alojar, em meio às concepções e práticas que traziam do interior, as informações e os significados que aprendiam nos cursos.

Com a presença constante dos cursos, estas parteiras passaram a ostentar *bolsas de material*, a exhibir uma linguagem específica que compreendia termos ligados à saúde reprodutiva biomédica (e.g. *risco, dilatação do colo uterino, eclampsia* etc.), à organização política da categoria (e.g. *associação de parteiras, estatuto, livro de atas, CNPJ, remuneração* etc.) e à esfera jurídica (e.g. *acusação, Fórum, audiências* etc.). Outras autoras encontraram inovações correlatas. “No decorrer dos encontros fomos percebendo que no início as parteiras falavam do ‘ato de partejar’ não como profissão, mas como um ato de solidariedade. No final das entrevistas, já falavam de ‘nossa profissão’, ‘nossa remuneração’, ‘nosso reconhecimento pelo Estado’” (Barroso, 2001: 18). No interior, D. Dinorá e suas colegas *ajudavam*, já na cidade *atendem, fazem um serviço*. Antes, passavam dias com uma única *mulher com dor*; agora cada uma tinha suas *clientes*. Como outros trabalhadores autônomos, como os *carreiros*, pescadores e barqueiros (Cf. o Capítulo 3 de Pacheco, 2004), julgo que as parteiras de Melgaço tentavam fazer avançar um processo muito próprio de profissionalização.

Elas modelavam a entrada do dinheiro para atender às necessidades de sua prática e sobrevivência. E não o contrário, como a literatura específica tem argumentado, isto é, conformar a prática e os valores ao pagamento. Como Zelizer ajuda a nos mostrar, a profissionalização – incluindo, dentre tantos outros novos aspectos, a retribuição negociada e pecuniária – não impessoaliza, homogeneíza, esfria e distancia necessariamente o serviço oferecido pelas parteiras. Traziam, de suas viagens e participação em cursos, atualizações que precisariam ser negociadas para serem implantadas na cidade. À frente de muitos de seus parentes e vizinhos, elas me pareciam personagens que, mais e mais, assumiam o papel de mediar os desafios que as novas configurações do espaço, da intimidade, das transações comerciais, da tecnologia propunham a todos. Distavam, portanto, da imagem frágil e incauta que a literatura vem teimando em lhes atribuir. Não eram, definitivamente, alvos fáceis da “contaminação nociva” do capitalismo, do dinheiro, do lucro. Elas tentavam encontrar formas de continuar a partejar e, ao mesmo tempo, sobreviver material e simbolicamente. O esforço diário que eu via D. Dinorá empreender era nesse sentido: atender as mulheres que não podiam ou não queriam recorrer ao sistema oficial de saúde, trazer *bóia* para alimentar seus netos e mãe octogenária quando o Seu Bola não conseguia vender farinha suficiente, comprar

remédio para sua pressão alta quando a Unidade de Saúde dizia simplesmente que a farmácia não havia sido reabastecida. Fazer partos e *puxações*, oferecer chás e emplastros, ensinar como estancar uma hemorragia ou curar uma *rasgadura* era o que ela melhor sabia fazer. Era a especialidade que tinha acumulado ao longo de seus 62 anos de vida. E ela não achava que se “corrompia” ao oferecer esse saber adiante. Sua contribuição naquela comunidade fazia todo sentido para aquelas pessoas.

Parece que não havia uma idéia de que o partejar remunerado “profanasse” sua própria ontologia e isto se deve, ao meu ver, à centralidade do laço entre a parteira e a paciente. Na cidade, apesar dos homens continuarem a gerir as transações comerciais e financeiras⁷², era possível driblar sua intermediação, muito mais intensa no interior, entre a parteira e a paciente. Vejamos alguns exemplos disso. A parturiente encontrava formas de pagar pelos serviços obstétricos da parteira e as moças solteiras são bom exemplo disso. No momento do *aperreio*, ela podia contar, mais facilmente, com outras pessoas (como vizinhos, filhos, parentas) para chamarem a parteira. Ela podia esperar o marido viajar para ser atendida e parir. E, quando há *partos afiados* e *lobas* a serem resolvidas, vi algumas puérperas aliam-se às suas atendentes, ao invés de acobertarem o marido. Quando D. Dina foi cobrar um parto atendido havia alguns meses, ouviu da sua paciente:

Meu marido recebeu os R\$300 e bebeu tudinho, D. Dinorá. Ele voltou para comer e nem dormiu em casa. Me deixou aqui sem um real. Eu pedi uma sandália nova pra ele e continuo descalça. (...) Ele vai receber de novo, D. Dina, dia 6 de dezembro. A senhora podia voltar esse dia. Eu ameacei ele de não mais pisar em casa. Eu acho, D. Dinorá, que quem trabalha deve receber. (DC, 30/11/2004).

O laço é mantido, acima de tudo, porque são as mulheres que *embarriçam*, como lembrou acima Goreti, caçula de D. Dinorá: “Se fosse eu, eu ia pagando desde que eu engravidasse. Quem precisa é a gente e não o homem. Na hora da dor, é a gente que sofre” (DC, 14/09/2005). São elas que precisam das parteiras para lhes *puxarem*, ajudarem com abortos, adiantarem ou atrasarem um parto, conseguirem uma ama de leite quando o *peito seca*, encontrarem uma mãe adotiva para o filho que não conseguirão sustentar, cuidarem do filho que adoce etc. Essas mulheres só podem contar **com as parteiras** na hora do *aperreio*:

⁷² Algumas pesquisas demonstram que é comum o marido entregar todo seu salário para que a esposa o administre (e.g. Sarti, 1996: 72). Em sua pesquisa com grupos trabalhadores da periferia paulistana, Sarti lembra, inclusive, que *controlar e esticar* o dinheiro é uma das atribuições femininas no cuidado da casa (*ibid*: 41). Em Melgaço, mais parecido com o que as informantes de camadas populares de Fonseca (2000: 70) e Machado (2003) lhes disseram em Porto Alegre e Caldeira, em São Paulo (1984: 106), as mulheres **não** gerenciavam direta ou totalmente a renda trazida pelos seus maridos. Além de serem responsáveis por conseguirem o dinheiro, os homens é quem deveriam aprender e saber *organizá-lo* (i.e. como poupar, honrar os pagamentos, fazer economia), como parte, inclusive, do processo de socialização masculina.

elas não têm recursos, desenvoltura nem desejo de freqüentar a Unidade ou hospitais de outras cidades, não contam com uma rede de parentela local quando são migrantes recentes para Melgaço, nem sempre conseguem convencer seus maridos a destinarem algum dinheiro para os atendimentos da parteira etc. Meus dados indicam como a relação entre as *buchudas* e as parteiras era dotada de muita proximidade e confiança e a profissionalização e a monetarização não pareciam ser um empecilho para que assim perdurasse. E no Capítulo 4, veremos como esse laço é prioritário, sobretudo em momentos críticos.

* * *

Por algum tempo, me debati para tentar classificar o trabalho das parteiras como um presente ou como uma mercadoria vendável, como dádiva ou como item de mercado. Pelo fato desta troca ser cada vez mais mediada por dinheiro e pela razão das parteiras geralmente oferecerem seu trabalho quando são *contratadas*, por algum tempo considerei que não se tratava de uma dádiva nos termos maussianos.

No *Ensaio*, Mauss nos alerta para três ressalvas importantes. Primeiro, esta troca não se dá exatamente entre indivíduos, mas “coletividades” ou “**pessoas morais** – clãs, tribos, famílias” (*ibid*). Segundo, “a circulação de riquezas constitui apenas um termo de um **contrato** muito mais geral e muito mais permanente” (*ibid*: 45). E, terceiro, “essas prestações e contra-prestações são feitas de uma forma sobretudo **voluntária**, por presentes, regalos, embora sejam, no fundo, rigorosamente **obrigatórias**, sob pena de guerra privada ou pública” (*ibid*, ênfases todas minhas).

Em alguns momentos, Mauss assegurou que os “presentes não servem ao mesmo fim que o comércio ou a troca nas sociedades mais desenvolvidas. O fim é antes de tudo moral, o objeto é produzir um **sentimento amistoso** entre as duas pessoas em jogo e se a operação não tivesse esse efeito, teria falhado por completo” (1974[1923-24]: 70, ênfase minha). Segundo Lygia Sigaud, Mauss chegou a esboçar uma hipótese de que os grupos descritos em seu *Ensaio* ainda não haviam atingido a fase do “contrato individual puro no qual circula dinheiro” (1999: 97). Contudo, em outros momentos, o mestre francês disse, como lembrado no início desse capítulo, que o comércio também está compreendido entre as dádivas: “Esse sistema de presentes contratuais em Samoa estende-se muito além do casamento, acompanha os seguintes acontecimentos: nascimento da criança, circuncisão, enfermidade, puberdade da jovem, ritos funerários, comércio” (1974[1923-24]: 49). Marcos Lanna, em um artigo especificamente sobre o *Ensaio*, lembra que Mauss definiu a “dádiva” de **modo bastante**

amplo: presentes, visitas, festas, comunhões, esmolas, heranças, serviços, prestações (2000: 175).

Antes que eu tentasse classificar o que se passava entre parteiras e as famílias atendidas, Mauss me ajudou a perceber que eu não precisava optar por apenas um dos lados. Mesmo os presentes mais altruístas demandam (por conta do *hau* que veiculam) uma retribuição: “não existe a dádiva sem a expectativa de retribuição” (Lanna, 2000: 176). Mauss reconhecia que os trobriandeses, por exemplo, trocavam de forma “híbrida”: a prestação tinha, por um lado, um caráter “puramente livre e gratuito” (Sigaud, 1999: 97) e, por outro, uma “produção e uma troca puramente interessadas na coisa útil” (*ibid*). Lanna explica que “as trocas são **simultaneamente** voluntárias e obrigatórias, úteis e simbólicas” (2000: 178, ênfase minha). Um retorno certamente será dado, com ou sem vaidades individuais e interesses econômicos envolvidos por parte do doador e do receptor. “Se a dádiva também é comércio, ela não é exclusivamente nem principalmente comércio; seria apenas um de seus sentidos, seu aspecto econômico” (*ibid*: 182).

Com ou sem dinheiro, o importante para meu ponto nesse capítulo é resgatar de Mauss a possibilidade de que dádivas também sejam oferecidas por interesses pessoais e não somente por “sentimentos amistosos” ou “fins morais”. Além disso, o bem, serviço, saber trocado é apenas uma das “materialidades de um laço social”. Assim, considero pertinente sustentar que em Melgaço, entre parteiras e maridos de gestantes, exista uma “prestação contratual” como observada por Mauss em Samoa. As parteiras ofereciam seu serviço como uma dádiva, pois acreditavam que as parturientes precisavam de sua ajuda e não poderiam deixar de atender já que foram dignas do *dom de deus*, da *herança* de uma matriarca experiente, de um curso que lhes treinou; mas também definiam seu trabalho como meio para garantir o ganha-pão da sua própria família. E tal ambivalência se assemelha mais ainda ao *Ensaio* dada a própria posição de Mauss em relação ao mercado. Segundo Lanna, o autor demonstrou que o mercado enfraquecia a dádiva, mas também que o mercado carregava sempre a dádiva em sua lógica. Em suma, Mauss lembrou a todo tempo que havia uma plena convivência entre essas duas pontas. Além disso, ao longo de todo o *Ensaio*, Mauss nos sugere que não mistifiquemos a dádiva, purificando-lhe de conflitos, interesses espúrios, usura, por exemplo. Ele segue uma linha mais complexa e interessante do que sucumbir às dicotomias, posição ampla o suficiente para também contemplar trocas mediadas por dinheiro, por indivíduos, por interesses econômicos, por exemplo, e não somente por presentes, coletividades e amistosidade. Assim, Mauss se aproxima da idéia das *Pontes*, de Viviana Zelizer, em sua campanha anti-*Mundos Hostis*.

Os **termos** de reciprocidade mudaram em Melgaço, mas a **reciprocidade** permanecia como epicentro fundador das relações entre parteiras e suas pacientes, mesmo que o dinheiro e a sobrevivência também fossem imprescindíveis. Apesar das configurações quanto ao patrimônio, trabalho, tempo serem um tanto diferentes no cenário urbano, as parteiras pareciam estar tentando adaptar essas novidades à premência do vínculo social e não o contrário. O dinheiro, por exemplo, era mais uma modalidade pela qual seu trabalho poderia ser retribuído e consistia numa novidade urbana esperando algum tipo de assimilação. Estas mulheres pareciam estar tentando construir um novo conjunto de definições e balizas para ambientar seu trabalho, para continuar a zelar pela vida das mulheres **ao mesmo tempo** que ajudavam a sustentar suas próprias famílias, igualmente pobres.

Estas parteiras não pareciam considerar o laço social e a retribuição como pontas antagônicas, mas facetas que se imbricavam contingencialmente, ora estavam mais próximas, ora mais distantes. Por vezes, uma parturiente era atendida gratuitamente quando o marido estava viajando ou lhe abandonara, outras vezes uma simples e rápida *puxação* era paga com R\$5, já que havia uma dívida antiga com a parteira. Mas havia uma incompatibilidade entre as pontas: as *lobas* eram um início de rompimento. Fui eu que somei os *partos afiados* que D. Dina listou, naquela conversa que tivemos, eu, ela e sua filha, num manhã no jirau da casa, e lhe informei o valor total. Ela não sabia exatamente quanto lhe deviam, mas podia enumerar de trás para frente **quem** lhe devia, **por qual** serviço realizado e **quando** o havia oferecido. Acho que a gravidade das *lobas* se sustenta porque, mais do que o valor propriamente dito, o *mal pagador ignorava* a dívida, a parteira e seu trabalho. Era à *falta de consideração* que essas parteiras mais aludiam quando me contavam de seu ressentimento sobre as *lobas*. D. Dina não sabia quanto lhe deviam e tampouco planejava como gastar os hipotéticos R\$1.340. O que importava é que não haviam pagado e sequer aventado alguma outra forma de lhe retribuir pelo atendimento, como lembrou entristecida, “Eu me sinto mais ressentida com quem diz que vai pagar e não paga ou que fala para eu passar na casa deles para pegar o dinheiro e eu vou e não têm ainda. Do que com quem não paga nada ou paga pouco” (DC, 22/11/2004). Mais do que retribuição pecuniária, era a retribuição social que precisava ser mantida.

Por essa razão, eu notava que as pessoas que mais se esforçavam para honrar um parto atendido eram aqueles que desejavam, acima de tudo, manter os **laços** com a parteira. Mônica e sua família eram muito pobres e dificilmente poderiam contar com contatos entre médicos, funcionários da prefeitura ou barqueiros que lhes facultassem o acesso e o bom atendimento ao serviço de saúde; Josiane não tinha um marido; Cristine estava sempre sozinha já que o

marido trabalhava durante longos períodos pelo interior; Nara só paria no hospital e não conhecia como transitar pelas cidades maiores etc. Nem sempre em dinheiro, nem sempre por uma figura masculina, o que importa é que mulheres como estas retribuíssem o atendimento oferecido por D. Dina logo após o mesmo ou em parcelas suaves mas confiáveis.

A figura da parteira não existe em si mesma, apenas existe numa **relação**. É um ofício que depende da interação entre duas mulheres, duas famílias, duas vizinhanças. E o reconhecimento de sua atuação, o reconhecimento do *mana* de sua parentela e do *hau* do seu atendimento é o que explicita esta relação. Por isso, o rompimento, na forma do *parto afiado*, da *loba* ou não *contratar* a parteira, é grave. A forma como o partejar se transforma em mais um item de uma complexa trama de reciprocidade revela os contornos do trabalho destas mulheres e as transformações pelas quais vêm passando no espaço urbano. Mas essa transição estava longe de estar completa. Algumas parteiras continuavam a eximir suas filhas de pagamento. Outras, já incorporavam-nas como clientes. Umas levavam os *mal pagadores* ao fórum; algumas cortavam relações com eles; outras ignoravam as *lobas* e atenderiam o mesmo homem quantas vezes fosse necessário. A desnaturalização, monetarização e a profissionalização desta atividade não acometiam de forma homogênea todas as parteiras. Mais do que mudar radicalmente, estas personagens, com seu serviço, com seus trânsitos pelas casas, pelas ruas, pelos cursos, eram desafiadas a alinhar a **economia do cuidado** no interior e na cidade, as configurações domésticas que implicavam esposas e seus maridos, às demandas da sobrevivência e solidariedade em Melgaço. Dois tempos, dois espaços, dois estilos de trabalho, duas naturezas de trocas – uma mesma parteira, uma mesma prioridade: a *buchuda*.

CAPÍTULO QUATRO

Parto para casa ou parto para hospital:
Aperreios, riscos e o local do parto como território social



O desenho revela como as parteiras se colocam à disposição para acompanhar suas pacientes até as instituições oficiais, como os hospitais, os postos da previdência social, as escolas etc. Maracáipe, PE, setembro de 2005.

O lugar onde uma mulher dá à luz muito pode comunicar sobre como o parto e o nascimento e, especialmente, os riscos e perigos são concebidos por essa comunidade, sobre as alternativas de espaço físico e atendentes de que dispõem, sobre os requisitos considerados para que o desenrolar desse evento seja positivo. Mais do que tudo, o lugar de parir é permeado por significados muito específicos a respeito do campo de forças desta localidade. E, inspirado pela idéia de “território social” de Fiedler (*apud* Whitakker, 1999), esse capítulo pretende considerar as percepções variadas de “risco” e “aperreio”, atentando em particular para as decisões sobre onde, por que e com quem se pare em cada uma das alternativas disponíveis às mulheres de Melgaço.

A princípio, elas têm seus filhos em casa ou nos hospitais da região. Mas quatro cenários podem ser imaginados, a partir daí, sendo que dois – aqueles ressaltados em cinza – aconteceram como o planejado:

		Para onde o parto foi planejado:	
		Casa	Hospital
Onde o parto aconteceu:	Casa	X	X
	Hospital	X	X

Claro que há ainda relatos de partos que acontecem literalmente entre esses dois pólos, isto é, no trajeto entre a casa e o hospital (ou vice-versa), sobre um carro, dentro de um barco ou um táxi. Vejamos as instituições hospitalares disponíveis às mulheres melgacenses.

O Posto de Saúde do Programa Saúde da Família, conhecido como *postinho*, onde duas enfermeiras e dois auxiliares de enfermagem, em horário comercial, ofereciam consultas de rotina (pré-natal, inclusive), marcação, encaminhamento e devolução de exames e atendimentos gerais (curativos, medicação etc.). Uma Unidade de Saúde, chamada simplesmente de *unidade*, era um hospital de atendimento primário, com um médico, dois enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de odontologia e alguns poucos funcionários administrativos e de serviços gerais. Em 2005, com a nova gestão da SMS, a Unidade passou a oferecer atendimento 24 horas por dia, em regime de plantões alternados dos profissionais de saúde. Os partos que aconteciam na Unidade dispunham de

uma sala de parto e dois leitos que, entre vários outros problemas atendidos, também abrigavam mulheres em pós-parto. Um novo hospital de atenção secundária, com várias salas e especialidades, estava, em fins de 2005 quase pronto. Havia dois hospitais públicos de atenção secundária em Breves e Portel (cidades equidistantes de Melgaço a cerca de 100 minutos de viagem em um barco pequeno). Em ambas estas cidades, havia também clínicas e pequenos hospitais privados. Em 2004, Viana (s/d: 5) apurou o número de leitos obstétricos em Breves: 16 no hospital municipal e cinco no hospital privado conveniado com o SUS. E era esperado, para o final de 2006, a inauguração de um hospital regional com “capacidade para 50 novos leitos normais e 20 de UTI” (Conasems, 2006: 31). E em Belém e Macapá, principais metrópoles da região, havia vários hospitais de todos os níveis de assistência, renome e preço.



Na foto acima, o primeiro posto médico de Melgaço, 1968. Fonte: Arquivo Pessoal de Ana Kelly Amorim *apud* Pacheco (2004).

Na foto ao lado, o Hospital Regional de Melgaço, em fase final de construção à época da pesquisa, em fins de 2005. Foto da autora.



No entanto, a observação cotidiana e as estatísticas comprovam que a maioria dos bebês melgacenses nascia em casa (da parturiente, de alguma parenta ou vizinha ou da parteira), como apontam os dados colhidos nos livros de registros do Cartório da cidade:

Tabela 1.
Nascimentos registrados em Melgaço de 2003 a 2005 (%)

Local de nascimento	2003	2004	2005*
Crianças nascidas em casa	69.3	62.5	61.6
No interior do município	33.4	22.9	25.1
Na sede do município	35.8	39.5	36.4
Crianças nascidas em hospitais	29.3	37.5	38.3
Unidade de Saúde de Melgaço	6.5	8.8	14.4
Hospital Municipal de Breves	14.8	15.1	11.3
Hospital Municipal de Portel	6.0	9.8	6.9
Hospitais em Belém	1.3	2.6	3.7
Outros hospitais	0.4	1.0	1.8

Fonte: Cartório de Melgaço

* Dados disponíveis até 25/10/2005.

Esses números precisam ser relativizados porque há muitos bebês que só são registrados quando seus pais vêm à cidade e, assim, cada ano não contempla exatamente todos os nascimentos que aconteceram no mesmo. Assim, há um enorme contingente de crianças, que geralmente nasceram nas casas do interior do município, que não aparecem nessas estatísticas. Só podemos considerar essas estatísticas de forma estimativa. Por enquanto, contento-me em mostrar como a casa é o destino majoritário dos partos na cidade, embora haja uma paulatina queda da eleição desse local, como pode ser visto na Tabela 1. O lugar privilegiado da casa no imaginário dos moradores em Melgaço é, até aqui, apenas um dado. Os partos que mulheres, suas famílias e parteiras enfrentam aí dentro é uma segunda e muito mais complexa realidade e, neste capítulo, pretendo explorar um pouco mais os bastidores destes números.

Nesse capítulo, tenho alguns objetivos. Primeiro, desejo retomar quatro partos que observei e/ou que me foram narrados para ilustrar e discutir as quatro possibilidades supracitadas, isto é, “*parto para casa* que acontece em casa” ou “que acontece no hospital” e “*parto para hospital* que acontece no hospital” ou “que acontece em casa”. Quatro mulheres atendidas por D. Dinorá, Josiane, Beatriz, Nara e Acácia, respectivamente, me ajudarão nesse trajeto. E segundo, mostrar como o “local do parto” é apenas um atalho para semantizar os espaços onde os contextos reprodutivos são negociados, as relações que a comunidade e as parteiras travam com a saúde oficial e como as noções de “risco” e “perigo” têm sido associadas à gestação, ao parto e ao puerpério.

As 22 parteiras da cidade classificavam os partos em *fáceis* e *difíceis*. O interessante, a meu ver, é que essas noções não necessariamente lhes causavam medo ou insegurança – bastava que o destino espacial do parto estivesse muito claro para todas as partes. E, mais do

que isso, bastava que a “pessoa certa” atendesse cada tipo de parto. Assim, primeiro, *fácil e difícil* assumem contornos muito próprios e, ao mesmo tempo, distintos do que encontramos no sistema biomédico e, segundo, não há um paralelo compulsório entre *parto fácil* e casa e, por outro lado, *parto complicado* e hospital. Os dados biográficos e contextuais nos ajudarão a compor a idéia de *parto fácil* e *parto difícil*.

4.1 Josiane

Josiane tinha três filhos. O primogênito lhe visitava várias vezes ao dia, mas era criado pela avó paterna, onde também morava Plínio, ex-marido de Josiane e pai destes três filhos. O segundo filho era criado pelo avô materno, no interior do município. E a caçula de 6 anos, Amanda, morava com ela numa pequena casa de madeira com cama de casal, sofá, geladeira e fogão. Plínio, que trabalhava como pedreiro na prefeitura, pagava pensão para os filhos. Os pais de Josiane eram separados e sua mãe e duas irmãs trabalhavam em Brasília como empregadas domésticas. Josiane trabalhava como servente na Unidade de Saúde. Em 2004, ela começou a namorar Júlio (primo de Plínio) e em 2005 engravidou. Quando conheci Josiane, ela me explicou porque tinham se separado no seu sexto mês de gravidez: “O Júlio passava o dia todo no videogame. Quando fechavam a loja, ia jogar baralho e voltava meia noite. Mandei ele pastar”. Depois que passamos a conviver mais, sobretudo durante seu puerpério, Josiane me disse também: “Ele tinha muito ciúmes dos meus plantões na Unidade. E olha que nem eram noturnos. Ele achava que eu ia lá dentro pros quartos com os homens”. A mãe de Josiane também era parteira: “Quando a mamãe foi embora pra Brasília, disse assim pra mim, ‘Olha, minha filha, não arruma mais filho porque eu não vou estar aqui. Mas se tu arrumar, primeiramente Deus e depois a irmã Dinorá. Eu só confio nela’”. Assim que suspeitou desta última gravidez, Josiane chamou D. Dinorá para lhe *puxar* e confirmar o veredicto. Desde então, a parteira, que vivia na mesma rua, lhe acompanhou durante toda a gestação. Apesar de trabalhar na Unidade, Josiane estava decidida a não ter seu filho ali. Na noite do dia 17 de novembro de 2005, Josiane voltou cansada da Unidade. Deitou para tirar uma soneca antes da novela. Segundo ela, sonhou que paria e, para seu espanto, as contrações lhe acordaram. Com dificuldade de caminhar, ela bateu na janela da vizinha e pediu que seu marido chamasse D. Dinorá, que chegou minutos depois. “O parto foi rápido, quando cheguei, a cabeça tava pra fora já”, me explicou Dinorá. Josiane teve um menino gordo e cabeludo que chamou de Júlio Jr. Lavar a roupa e preparar as refeições nos três dias consecutivos ao parto foram as tarefas da parteira. Durante estas visitas, Josiane nos contou, entre sorrisos satisfeitos

e tímidos, que Júlio aparecera e garantiu dar tudo que ela, a casa e as crianças precisassem. D. Dina lhe perguntou se o aceitaria de volta. “Só se for do meu jeito agora. Ele tem que trabalhar, ajudar, trazer dinheiro pra casa, comprar as coisas. Só se for assim”, nos disse.

4.1.1 Alguns elementos que configuram um parto fácil

Como muitas mulheres de Melgaço e das cidades vizinhas, Josiane teve todos seus quatro filhos em casa, assistidos por uma parteira. E ela cresceu vendo de perto o trabalho de sua mãe, D. Santinha, que foi uma parteira bastante conhecida e buscada até se mudar para o Centro-Oeste em busca de melhores chances de emprego e renda. Além do costume e da familiaridade com o trabalho das parteiras, Josiane reunia ainda outros elementos que contribuíram para que esse parto acontecesse em casa. Dois de seus filhos estavam sendo criados pelo seu pai e ex-sogra, respectivamente, e recebiam pensão alimentícia de seu ex-marido. Essa redistribuição das crianças lhe facilitava assumir a casa e os dois filhos mais novos que estavam sob sua responsabilidade, Amanda e, agora, Júlio Jr. A princípio, um ex-marido pode ser um entrave ao parto domiciliar, quando, por exemplo, expressa seus ciúmes em relação ao novo companheiro da mulher ou quando ele não contribui com a *despesa* dos filhos mensalmente. Mas, como o caso mostra, um bom relacionamento com a família afim pode ser útil, sobretudo no caso de Plínio e sua família que contavam com trânsito na prefeitura: seu irmão era vereador e sua irmã era funcionária da biblioteca pública e ex-assessora direta do prefeito.

O fato de Josiane não contar com Júlio, seu segundo companheiro à época do parto, deixava D. Dinorá um pouco preocupada, pois (como será visto nos três casos adiante) os homens – maridos, irmãos, sogros – são personagens importantes para mobilizar, entre outras coisas, recursos no traslado emergencial de uma parturiente até outra cidade. Por outro lado, a ausência de Júlio conferia à Josiane certa autonomia para planejar seus gastos. (Ela mesma lembra que ele gastava seu pouco dinheiro em jogatinas. E me foi contado por vizinhos que Júlio *tirava bebida no mercantil na nota da Josiane.*) Assim, só dependia de Josiane organizar os custos necessários para que seu parto acontecesse em casa, como ela me explicou, enquanto conversávamos em uma de suas visitas à nossa casa: “Se eu não enrolar no pagamento, eu vou ter em casa. Se eu conseguir pagar todo meu crediário, chamo D. Dina” (DC, 06/10/2005). À primeira vista, poderia parecer mais difícil a uma mulher solteira *contratar* os serviços de uma parteira já que o orçamento doméstico depende de apenas um salário. Josiane demonstra, contudo, como há mais gerência do orçamento sem a presença de

um marido, mesmo que essa renda seja menor. (Uma outra parteira bastante procurada na cidade, D. Tetéia, reforçou esse ponto, ao me dizer: “As mulheres sem marido pagam melhor que os homens. Elas já têm na rede pra me dar. Acabo de fazer o parto e elas já puxam o dinheiro e me pagam. Guardam dentro da rede”, DC, 29/11/2004).

Em geral, eu observava que os maridos concordavam com suas esposas ao escolher uma parteira ou o hospital. Mas dificilmente a mulher tomava essa decisão sem consultá-lo (como foi visto no Capítulo 3). E, muitas vezes, mesmo havendo um *bom marido*, isso não significava que estivesse presente nos momentos onde decisões cruciais seriam demandadas (onde parir, como mudar de lugar, como viajar até outra cidade etc.). Como já vimos antes, Cristine, uma paciente de D. Dina à época da pesquisa, disse enquanto era *puxada*: “Meu marido tá pro interior, tia Dina. Foi caçar e pescar. Sabe, ele tá sem emprego, então foi conseguir dinheiro pro filho” (DC, 05/10/2005). O marido tem que deixar a esposa sozinha, perto da hora de parir, para garantir a sobrevivência. *Dinheiro pro filho* custeará a despesa da criança (algumas peças de roupa, fraldas etc.), a *bóia* para a puérpera e o pagamento da parteira. Um *bom marido* (ideal sempre almejado), além de *não beber ou perder no carteadado o salário do mês nem dar porrada na mulher e nos filhos*, faz de tudo para levar a mulher ao hospital quando for preciso. E um dos empecilhos para se recorrer ao hospital é justamente a falta do marido já que, quando presente, é ele que geralmente se responsabiliza por providenciar o transporte. Mais do que uma presença masculina, a presença de familiares com autoridade (e.g. mãe, pai, sogros, irmã/o mais velho) parece fazer alguma diferença nas negociações que todos sabem serem necessárias ao se precisar dos serviços públicos de saúde e para se chegar até os mesmos.

E às vezes, por não contar com alguém para zelar pela esposa grávida, o marido carrega toda a família quando vai conseguir o *dinheiro pro filho*. Viana, pesquisando tema correlato em Breves, lembra que “as migrações ribeirinhas ocasionadas pela ocupação do marido influenciam nas decisões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres” (s/d: 7). Muitas oportunidades de emprego para homens estão em seringais, madeiras, palmitais na área rural dos municípios. Com isso, as mulheres acabam por descontinuar suas consultas pré-natais e seu contato com a parteira de costume. E parem sozinhas, em trânsito, com desconhecidos ou no hospital. Como espero ter ficado claro no Capítulo 3, o parto, domiciliar ou não, está diretamente condicionado pelas relações de gênero. E nesse primeiro caso que estamos analisando, Josiane se encontrava num momento bastante conveniente frente às figuras masculinas: contava com uma distância respeitosa e útil do ex-marido, uma reaproximação cuidadosa e negociada com o atual companheiro e o apoio do pai que, no

interior, cuidava de seu primeiro filho. Por tudo isso, tinha mais trânsito para organizar seu salário, sua casa, seus filhos e suas escolhas.

Não só de autonomia gozava Josiane. Parir em casa também foi facilitado porque ela seguia o que denomino de **etiqueta obstétrica local**. Ela contou com o acompanhamento de uma parteira durante toda sua gestação e essa mesma parteira já conhecia seu histórico reprodutivo, porque assistira o parto de Amanda, sua caçula, que tinha sido *fácil, rápido* e sem *complicações*. E, ser *rápido* e sem *complicações* são certamente duas características fundamentais para definir um *parto fácil*. Nessas visitas, além das *puxações* (como visto no Capítulo 2), as parteiras também têm a chance de conhecer o contexto familiar daquela *barrigada*: se há marido, se ele tem emprego, se há uma rede social que ajudará no parto e no puerpério, se as outras crianças estão bem alimentadas e comparecendo à escola, se o filho será *criado* ou *dado* quando nascer, se a mulher teve complicações em suas gestações anteriores (como abortos, *inflamações*, cirurgias etc.), se há razões físico-morais que podem complicar um parto (adultério, violência física e sexual, incesto, assassinatos) etc. E as parteiras se certificam de uma informação importante durante essas visitas: se a mulher está comparecendo às consultas de pré-natal no Postinho.

D. Dinorá fora *contratada* por Josiane e lhe acompanhou durante todos os nove meses com visitas, *puxações* e soluções para eventuais problemas. E, justamente por conta dessas visitas, ela pôde conhecer em detalhes a biografia da moça. Sabia que Josiane era uma mãe solteira, mas que estava inserida em redes sociais locais que acompanharam toda sua gravidez e lhe apoiariam nos momentos posteriores. Seus colegas da Unidade lhe brindaram com um *bêbi chá* generoso, onde ganhou todo o enxoval para o bebê. Sua sogra lhe prometeu frangos caipiras para as jantas do resguardo. Júlio se comprometeu com as *despesas* de Júlio Jr. E sob sua responsabilidade, Josiane tinha apenas a filha Amanda para zelar e por quem ser zelada. Josiane definitivamente não estava *sozinha* em termos de sustento, afeto, infra-estrutura etc. À primeira vista, a configuração doméstica de Josiane – mãe solteira, quatro filhos e ausência de parentes na cidade – poderia tornar esse *parto difícil*. Mas a presença de redes paralelas compensaram sua relação conjugal instável. Esse caso ilustra a idéia de *parto fácil*, geralmente associado à convergência de fatores positivos e à presença de personagens relevantes.

Parir em casa e contar com o apoio de redes de parentela, vizinhança e trabalho, como era o caso de Josiane, também apresenta vantagens durante o resguardo. D. Dina lavou toda roupa suja da casa e preparou as refeições nos primeiros três dias após o parto. Depois, geralmente a mãe, sogra, filha adolescente ou uma vizinha solidária ajudariam a puérpera

nestas tarefas. Estar em casa também facilita contar com amas-de-leite já que o colostro dos primeiros dias pode ser bastante desvalorizado entre as mulheres de Melgaço. Como já vimos no Capítulo 2, *chazinhos* e *leiteiras* (isto é, amas de leite) sustentarão o recém nascido – duas alternativas que não são permitidas no hospital. E, por fim, mulheres de resguardo em casa recebem visitas, comida, presentes e têm sua recuperação acompanhada de forma personalizada pelas outras mulheres de seu círculo, principalmente sua parteira. A principal razão para parir em casa, então, era *não ficar sozinha*. A **solidão** no parto, especialmente no espaço hospitalar, é um temor frequentemente encontrado em outras etnografias (e.g. Fiti-Sinclair, 2003) e permeará todo o presente capítulo. Há uma gama de idéias pejorativas associadas ao hospital⁷³ e esse quadro também contribui pela escolha do espaço doméstico. Josiane, pelo fato de trabalhar na Unidade, e Beatriz, o próximo caso, por ter recorrido ao hospital contra sua vontade, muito me ajudaram a entender os motivos para se evitar tal espaço.

4.2 Beatriz

Beatriz, uma moça com traços indígenas, tinha apenas um filho que nascera de cesariana no hospital de Portel. Para sua segunda *barrigada*, D. Dinorá tinha sido *contratada* por Carlito, sogro da moça e dono de uma pequena mercearia local, para acompanhar toda a gestação de Beatriz. Era mais um parto que prometia ser tranquilo, previsível e domiciliar. Antes que o sol raiasse naquela manhã do dia 29 de novembro de 2004, Dinorá foi chamada até a casa da moça. *Puxou* a barriga de Bia e sentiu que o bebê estava na posição cefálica, ideal para nascer. Além disso, a moça tinha dores e força para empurrar, a casa contava com privacidade, apoio do marido e sogros, comida, material (panos, luvas etc.). Com o passar das horas, uma coisa passou a preocupar a parteira. D. Dina sentia que Beatriz tinha uma *pente* muito fechada. A parteira explicou aos afins: “Ela já foi operada da primeira vez. O doutor disse que ela só poderia ter filho assim depois. Ela não tem dilatação. Tem puxo, tem força, mas não adianta nada. Não tem passagem. A gente tem que levá-la pro hospital”. E a sugestão de D. Dinorá foi acatada pela família. Primeiro, Beatriz foi levada até a Unidade na garupa da bicicleta do marido. Lá, D. Dinorá não encontrou material e nem gente. O porteiro explicou que Dr. Anselmo estava dormindo, ressaqueado da noite anterior. D. Dina pediu que fosse lhe chamar. Enquanto isso, conversou, acarinhou e acalmou Beatriz, que urrava de dor. O médico

⁷³ Ao usar “hospital” de forma geral, refiro-me à Unidade de Melgaço, aos hospitais de Portel e Breves e aos grandes hospitais da capital paraense.

apareceu cerca de uma hora depois, fez o toque vaginal e disse que o parto progredia normalmente. Segundo ele, não havia nenhuma razão para preocupação. D. Dinorá explicou que a moça não dilatava como o esperado e que, se ele não quisesse ajudar, pelo menos lhes dessem um *encaminhamento*⁷⁴ para o hospital de Portel. O médico se recusou a fazer isso, repetindo que seria uma medida desnecessária já que, até o início da tarde, o bebê estaria entre eles. D. Dinorá chamou o marido e o sogro de Beatriz e lhes pediu para arrumar um barco. Beatriz repetia que não queria ir para o hospital, tinha medo de lá morrer. Carlito, o sogro, conseguiu o dinheiro⁷⁵ para comprar o combustível e deixamos Melgaço assim que a parturiente conseguiu caminhar até o porto. No barco, D. Dinorá ficou todo o tempo sobre a rede de Beatriz, vigiando suas contrações e fazendo compressas de água fria em sua testa. Ela gritava de dor. O marido e a cunhada não se aproximaram nenhuma vez, ficando na proa do barco para aproveitar o intenso sol da manhã. Foi uma viagem de 90 minutos, mas pareceu muito mais, dado o sofrimento da moça. Ela gemia de dor, gritava, pedia clemência divina, se agarrava à D. Dinorá, mudava de posição, chorava. Assim que atracamos em Portel, os barqueiros, junto com o esposo, levaram Bia dentro da rede até o primeiro táxi. No hospital, D. Dina explicou ao médico: “Ela tem dor e força, mas é estreita demais, doutor”. Este tomou o batimento fetal e já ordenou que a sala cirúrgica fosse aprontada. Depois, se dirigiu à parteira, “A senhora fez a coisa certa, esse bebê estava em sofrimento. Se demorasse mais, ele morria na certa”. (D. Dina repetiria essa frase do médico várias vezes durante as reconstruções posteriores desse parto, já de volta a Melgaço.) E correram com Beatriz salas adentro. D. Dinorá ainda ouviu a moça repetir, “Não, D. Dinorá! Não me deixe aqui sozinha! D. Dina, eles vão me matar aqui dentro! A senhora sabe disso. Por favor, não me deixe!”. A enfermeira pediu que a parteira esperasse ali perto. Pouco depois, o bebê nasceu de cesariana. O marido foi buscar a mãe da parturiente, que morava em Portel. D. Dina disse ao marido e à cunhada de Bia que sua responsabilidade ali se finalizava e voltamos para Melgaço.

⁷⁴ O *encaminhamento* é uma folha oficial expedida pelos profissionais de saúde da Unidade. Com ela, o/a paciente vai até a SMS para pleitear alguma *ajuda de custo*. Além disso, a SMS irá consultar o hospital de Breves ou Portel para saber se há leito disponível. É esperado que a SMS providencie um barco para transportar o doente. O *encaminhamento* depende, portanto, de uma cadeia de atores e aspectos logísticos. E, com ele, a SMS passa a se responsabilizar formalmente, pelo menos teoricamente, pela saúde e vida do paciente. Havia uma tendência crescente de hospitalização da saúde em Melgaço (como no país em geral), mas todo um cálculo prévio precisava ser feito para que um *encaminhamento* fosse expedido. Nem toda demanda para ir até o hospital de Breves era aceita, independente da gravidade do caso.

⁷⁵ Foram necessários cerca de R\$42,50 para os 25 litros de óleo diesel, a R\$1,70 cada, à época.

4.2.1 Quando um parto *fácil* passa a *difícil* ou como um parto para casa acaba no hospital

Assim como Josiane, Beatriz também reunia alguns fatores que viabilizavam um parto em casa. Primeiro, Beatriz tinha seguido a “etiqueta obstétrica local”, isto é, tinha sido acompanhada e *puxada* frequentemente e sua parteira eleita sabia que o bebê estava *maduro* e na posição certa. Segundo, havia uma casa com privacidade, conforto e apoio. Beatriz também contava com a família de seu esposo (que foi, ao final, fundamental para seu traslado até Portel). As consultas biomédicas pré-natais tinham sido realizadas e nenhum risco biomédico tinha sido acusado. O que preocupava D. Dina era a ausência da mãe de Beatriz (personagem valorizado pelas moças da cidade no momento do parto), sua inexperiência em parir e o parto anterior que, contrariando expectativas, terminara no hospital. Mas, para as parteiras locais, nenhum desses fatores eliminava necessariamente a casa como local do parto.

No cômputo geral, segundo D. Dina, o parto de Beatriz tendia a ser *fácil*, mas, ao final, três fatores o *complicaram* e mudaram a opinião da velha parteira. Para uma *moça de segundo filho*, o parto parecia demorar mais do que o esperado, já que dores muito prolongadas estão associadas a *mulheres de primeiro filho* (ou *mulheres verdes*) ou *mulheres muito maduras* que ainda não tiveram filhos. Além disso, D. Dina estava exausta porque, na noite anterior, atendera o parto *difícil* de Acácia (o quarto caso neste Capítulo) e Bia seria, assim, a segunda paciente em menos de 12 horas. Ela temia não ter resiliência suficiente para eventuais imprevistos. E, por fim, D. Dinorá desacreditou da competência e do prognóstico otimista do médico local. Dr. Anselmo, cansado de uma grande festa promovida por uma das principais famílias *da frente* na noite anterior, anunciara que o parto seria rápido. Parecia que, entre um médico e uma parteira cansados, ela preferia seu próprio serviço. Acredito, assim, que embora a *pente* de Bia pudesse realmente estar *fechada*, essa foi também uma retórica de convencimento usada pela parteira para que sogros e marido de Beatriz lhe permitissem ir até a Unidade e depois conseguissem reunir os elementos necessários para ir até Portel. Mas, essa mesma retórica não surtiu efeito com o médico. D. Dina esperava uma de duas alternativas: que ele administrasse uma *injeção de puxo* para acelerar a dilatação da moça e parir ali mesmo na Unidade ou que ele a encaminhasse para um hospital vizinho para que fosse *operada*. Ambos desfechos implicavam em alguma intervenção do doutor. D. Dina e as outras parteiras sabiam que a Unidade estava geralmente desfalcada dos principais medicamentos. Então, como eu ouvia sempre, “A Unidade serve só pra encaminhar”.

O local do parto congrega uma intensa disputa por significados e autoridade. No parto de Beatriz, a parteira acreditava que uma cirurgia era necessária. Muito mais comum, no entanto, era encontrar o contrário: parteiras que acreditavam na possibilidade do parto acontecer em casa e profissionais que viam a necessidade de transportar a parturiente até um hospital. Em alguns desses casos, D. Dina e suas colegas acabavam fazendo o parto enquanto os médicos tentavam providenciar o *encaminhamento* (na forma de autorizações, recursos e barcos). A discordância sobre a urgência da situação faz com que os profissionais de saúde sigam seus próprios protocolos de atenção. Essas disputas não se resumem ao ritmo do parto, mas também ao tipo de parto, *fácil* ou *difícil*, normal ou cirúrgico, domiciliar ou hospitalar. É bom lembrar que discordar das definições biomédicas não passa sem desgaste entre parteiras e profissionais da Unidade. D. Dina lembrou também:

Teve uma que quase morreu. Eu discuti com o Dr. Anselmo. A Quívia apareceu com dor. Tava com 3cm e não ia pra frente. Eu passei três dias pra lá com ela. Levei na Unidade, o doutor falou que ela tinha condição de ter o filho, falou assim pra mim: “Eu vou fazer o parto de qualquer jeito. É que não tá na hora”. Eu falei pra ele, “Essa aqui não. Só quando estiver na sua responsabilidade. Você dá o encaminhamento para Breves. Se não der, eu levo assim mesmo”. Ele falou palavrão pra mim, eu falei pra ele também. Falou que eu era parteira velha que não sabe de nada. Eu tava irada de raiva mesmo, falei que só quando fosse a mãe dele que ele tratasse assim. Ele falou da minha mãe, eu falei da dele. Eu fui embora com a mãe da Quívia. Levei manteiga e ia ouvindo o coração da criança. Quando cheguei lá, era 1:30h, deu 2:30h já tava sendo operada pra tirar a criança dela. Foi pro oxigênio direto. Quase que não torna a criança. (DC, 08/10/2005)

Embates frontais com os médicos e enfermeiros, como relatado por D. Dina neste caso e no de Beatriz, são bem ponderados na balança das relações locais. As parteiras parecem preferir não se indispor com os profissionais se não há barcos, barqueiros, combustível ou maré alta. Por ser uma ilha, deixar Melgaço significa depender de uma cadeia de outras instâncias. Além disso, talvez a parteira precisasse manter a cordialidade com a equipe da Unidade porque sabia que deles dependeria em futuras ocasiões como, a curto prazo, poder precisar, por exemplo, de algum favoritismo para sua família (e.g. remédios, prioridade na fila, consultas etc.). E, diante da impossibilidade concreta em deixar a cidade, procuram formas alternativas para reverter a vulnerabilidade enfrentada por suas pacientes. Interessante é notar que apelar a um hospital não desresponsabiliza a parteira de sua paciente.

Gostaria de me deter mais um pouco nessa disputa sobre significados dos casos levados à Unidade. Numa conversa que tivemos com os funcionários da Unidade, pude entender melhor esse quadro. O neto de D. Dina estava com diarreia há três dias e, sob sua

sugestão, a nora o levou até a Unidade. Fomos lhes visitar e, enquanto aguardávamos nossa vez para entrar, dirigi uma pergunta ao auxiliar de enfermagem que assistia à novela na sala de espera:

Soraya: Quando vocês encaminham um paciente pra Breves, pagam a passagem para as pessoas que vão?

Auxiliar de enfermagem: Quando é grave o caso, pagam. Este caso do neto da D. Dina é grave. Mas também, deixam pra trazer quando já é grave.

Dinorá (reagindo rapidamente): Não senhor. A minha nora trouxe quando começou o problema. Tem três dias que ela tá aqui dentro.

Auxiliar: Ela vem e dão uma injeção. Tem que ficar aqui na emergência. Tem que ir direto pra emergência. (DC, 13/10/2005)

Nesse caso, a mãe trouxe o filho doente no início do problema, justamente como o serviço orientava. Chegando lá, lhe deram paliativos, como o soro intravenoso. Aí, o caso, que era *simples*, passou à *grave*. A Unidade, por sua vez, não dispunha de recursos para cuidar desse caso agravado e encaminhou para o hospital de Breves. Parece que a política é resolver o problema somente quando este se *agrava*. O auxiliar então definiu que o quadro era *grave* e orientou o filho de D. Dina a comparecer à casa do funcionário da SMS com os documentos da esposa e do filho doente. Esse funcionário deu o dinheiro para viajarem.⁷⁶ Por vários motivos (e.g., poucos leitos em Breves e a inexistência de um fundo para emergências na SMS de Melgaço), quando os casos “gravíssimos” são encaminhados já é tarde demais. Por isso, parteiras mais aguerridas, como D. Dina, tomam a frente e providenciam o traslado até o hospital vizinho, com recursos da família ou de conhecidos, como no caso de Beatriz. Para mim, fica claro como essa é uma estratégia preventiva já que age antes que o quadro se torne gravíssimo e irreversível.

⁷⁶ Somente em casos de problemas de saúde, a SMS *encaminha* a parturiente ou a/o enfermo para municípios vizinhos e oferece R\$20 para a viagem. Alguns gastos dessa viagem são: R\$20 (passagem de ida e volta), R\$3 a R\$5 (táxi do hidroviário até o hospital), R\$4 a R\$5 (prato feito individual) etc. D. Dina me explicou também como as pessoas tentavam conseguir um encaminhamento: “A moça pede encaminhamento na Unidade. Depois, vai pra Secretaria [Municipal de Saúde]. Lá, a gente vai pelear e arrumar um barco para Breves. A gente pelega, pelega e acaba arrumando. É bom saber se ela tem parente em Breves” (DC, 12/10/2005). A SMS não conta com um plano de referência nem um barco para agir de antemão em casos definidos como “arriscados” segundo o pré-natal biomédico. Muitas pessoas que recebem o *encaminhamento* da Unidade acabam tendo que recorrer a vereadores, prefeito, comerciante, vizinho etc. com quem têm um estreito contato. É compreensível que seja mais difícil a SMS disponibilizar um barco às pressas, no caso de uma criança com algum osso fraturado ou uma pessoa gravemente picada por uma cobra peçonhenta. Mas, no caso da gravidez, que conta com uma detecção de potenciais “riscos” na hora do parto, não ter um barco disponível só contradiz a política de atendimento materno-infantil que o Ministério da Saúde vem tentando arduamente absolutizar no país.

Assim, a gestação de Beatriz foi sem problemas e tendia para um parto *fácil*, originalmente *para casa*, mas se transformou rapidamente em um parto *difícil* e *para o hospital*. *Dor torta, pente fechada*, médico com ressaca, cansaço da parteira são fatores que se aglutinaram inesperadamente na hora do parto e, felizmente, Beatriz e sua família contavam com expediente e recursos para seguir a sugestão da parteira. Caso contrário, o parto de Beatriz talvez tivesse acontecido em casa ou na Unidade com a parteira, já que Dr. Anselmo estava tão descansado. Aqui, acredito que D. Dinorá tentava se poupar sem perder sua confiabilidade junto à Beatriz e sua família.

4.2.2 Os hospitais afastam e agravam *partos difíceis*

Dinorá e a família de Bia preferiam que ela tivesse parido em casa, mas admitiram que a decisão de encaminhar fora a mais acertada e a concordância do médico em Portel só confirmou isso. Contudo, resta uma dúvida: Por que recorrer ao hospital se a própria parturiente resistia? Assim que Beatriz adentrou as portas verde-água da instituição, passou a repetir *É aqui dentro que se vem pra morrer*. Beatriz, devido ao seu primeiro parto cesariano, e Josiane, que trabalhava na Unidade, tinham amargas opiniões sobre as instituições hospitalares e essa evitação era um amplo consenso entre as mulheres de Melgaço. Mesmo com seu *parto difícil*, Beatriz ainda preferia não ter tido que recorrer ao hospital.

Os profissionais biomédicos, em geral, acreditam que o melhor é sempre as mulheres parirem no hospital, no entanto, essa alternativa está permeada de conflito. Há uma gama de idéias pejorativas associadas ao hospital que também contribuem na escolha pelo espaço doméstico. Quando perguntei à Josiane (do primeiro caso apresentado), ainda no 8º mês de gravidez, porque pariria em casa, me disse: “Porque em casa, a parteira fica o tempo todo com a gente. Não fico sozinha. Na Unidade, maltratam muito a gente. Deixam a mulher sozinha, saem, vão almoçar” (DC, 07/10/2005). *Ficar sozinha*, o contraponto de *ficar todo tempo junto*, é uma situação desvalorizada entre as mulheres de Melgaço e geralmente está relacionada com o parto hospitalar (como também notaram outras pesquisas com parteiras nessa região, Barroso, 2001: 69; Pereira, 1993: 261). Scavone, por exemplo, encontrou idéia correlata entre as parturientes que entrevistou no Maranhão: muitas evitavam o hospital porque “se sentiam menos protegidas afetivamente” (1985: 40). No hospital, acompanhantes não são admitidos e as parturientes, além de darem conta de suas dores e contrações, têm que *se virar* em muitas atividades (comer, ir ao banheiro, mudar de posição, caminhar, ligar para casa, arrumar o lençol da cama, procurar um bebedouro etc.). Goreti, filha caçula de D. Dina,

me contou do parto de seu filho que nasceu no Hospital de Breves. *Estar sozinha e ter que se virar* ficam claros aqui. Além dos detalhes (talvez exagerados), é possível ler um claro sentimento de abandono:

Quando foi a hora do Ramon, a mamãe não estava aqui. Preferi ir pro hospital porque não tenho fiança em outra pessoa. É ruim ter no hospital. Na hora da dor, a gente fica sozinha. Uma colega me disse que para ter alguém e atenderem a gente rápido, é preciso fazer escândalo e todos chegam para ajudar. Tinha uma lá no maior escândalo e todos ajudavam ela. Eu falei pra enfermeira que tava na hora de ir pra sala do parto e eu disse que se não fosse logo, ia acabar indo embora ter em outro lugar. Ela disse assim, “A outra tá ali gritando há muito tempo e não teve ainda. Por que você vai ter antes? Você tá sorrindo e vai ter agora?”. Ela duvidou de mim, “Você tá de sacanagem comigo”. Eu fui fazer xixi, me deu uma forte vontade de fazer xixi. Quando vi, meu filho varou no vaso. Eu vi meu filho lá dentro e peguei ele. Eu estava tremendo e gritei bem alto, de olhos fechados: “Meu filho vai morrer! Meu filho vai morrer!”. Quando abri os olhos, tava todo mundo em volta de mim, com cara de espanto. Eu tava com muita raiva. O médico fez os exames e não deu nada no Ramon. Mas ele procurou a enfermeira que tava cuidando de mim. Não encontrou. Ela tava na sala de parto me esperando. Ela tava me fazendo de mentirosa. Eu contei pro médico que ela tinha falado que eu não tava na hora de ter. O médico chamou ela e disse pra ela que nem toda mulher é igual, que cada uma é de um jeito. Se tá gritando muito, não quer dizer que vai ter logo, se tá quieta, como eu, que vai demorar muito. Não quer dizer isso. Ela foi mandada embora e me disse, quando tava saindo, “Eu te encontro na justiça”. Eu tinha muita testemunha, não tive medo. Eu falei “Te encontro sim, mas é para eu ganhar”. Depois, eu tive hemorragia e nem vi a hora que me passaram pro outro quarto de repouso. (DC, 14/09/2005)

Além de *ficar sozinha*, outro motivo muito mencionado para evitar o hospital era a presença de *auxiliares*. Josiane me explicou que “As mulheres não gostam de ir pra Unidade porque têm vergonha dos auxiliares. Porque os auxiliares são muito conhecidos, são todos daqui, tudo parente aqui da cidade” (DC, 20/11/2005). A relação com médicos e enfermeiros que vêm de Belém ou outros estados parece atenuar um pouco essa *vergonha*, pelo menos até o momento que passam a ser mais conhecidos pela população local. O problema não era se despir na frente de um estranho, como eu supunha. Mas, justamente ao contrário, era ser vista por um conhecido.⁷⁷ Há mais um detalhe no que concerne o atendimento oferecido por

⁷⁷ Pelo que entendi, não somente uma evitação por questões corporais e de gênero *envergonham* os melgacenses e lhes intimidam de acionar os serviços públicos como a Unidade, sobretudo os funcionários que são locais. Há outros motivos que eu observei também. Éder, filho de D. Dina, depois de um longo dia na roça, só pôde visitar o filho internado na Unidade, quando voltou em casa, tomou banho e trocou de roupa. D. Zélia, parteira famosa na cidade, reclamou que, mesmo depois de repetidas visitas ao Postinho, as dores que lhe *frechavam* não tinham sido resolvidas. Léxicos nosológicos diferentes também dificultam a comunicação e a terapia. D. Mirna, parteira muito amiga de D. Dina, me disse, certa tarde, entre sorrisos tímidos: “Mas eu falo muito errado. Eu não tenho os dentes e aí sai tudo errada a palavra. É por isso que eu não gosto muito de falar por aí. A Dinorá é melhor nisso” (DC, 25/11/2005). D. Mirna, como tantas pessoas com quem eu convivía, sabia que falava “diferente” dos *doutores*, fato que lhe intimidava quando circulava por esse outro espaço.

auxiliares e médicos. Josiane, com base em suas observações das colegas de trabalho, disse: “A doutora Gisele faz melhor [o parto]. Ela limpa direitinho a mulher depois do parto e transfere ela já limpinha para cama no outro quarto. A enfermeira Lúcia é que trata mal. Ela termina o parto e deixa o auxiliar limpar a mulher e o bebê” (*ibid*). Muitas vezes, o parto era atendido pelos profissionais *de fora* e terminava de ser atendido por um auxiliar local. Assim, é evidente que a Unidade seja evitada se a parturiente só for resguardada até que o bebê e a placenta sejam expulsos. Josiane também explicou que “Se a mulher chega na Unidade na hora de ter, é auxiliar que vai pegar. Não é o médico porque não dá tempo de chamar” (*ibid*). Eu ouvia muito das parteiras da cidade a seguinte frase, “Quando eu cheguei na casa da mulher, ela já tava tendo. Não deu tempo de levar na Unidade”. *Não dar tempo* significa que, por um lado, a mulher pode acabar parindo no trajeto de bicicleta, a pé ou de carro até a Unidade e, por outro, pode ser atendida por um auxiliar ou começar com um médico e terminar nas mãos e olhares do auxiliar.⁷⁸

Assim, contratempos que surgem de forma inesperada e súbita podem não ser levados à Unidade por conta de três aspectos: devido à evitação dos auxiliares e atendentes; à descrença de que, mesmo se estiverem realmente disponíveis, sejam capazes de ajudar em situações complicadas; e, como vimos na conversa travada com o auxiliar de enfermagem, parteiras e famílias são repreendidas se trazem na *hora de ter* ou quando o caso já está *grave*.

Não só as mulheres, mas seus maridos tampouco aprovavam a Unidade. Se elas sentem *vergonha*, eles sentem *ciúmes* dos auxiliares masculinos. Como citado acima, Josiane mesmo me lembrou, como seu companheiro tinha ciúmes de seus plantões na Unidade. E depois concluiu, “Tem marido que não gosta que as mulheres vão pra lá. Eles preferem pagar a parteira, mas não deixam elas irem” (DC, 20/11/2005). E talvez por isso a família de Beatriz, por exemplo, tenha aceitado com facilidade quando Dinorá acompanhou a moça até a Unidade e, depois, sugeriu que Portel ofereceria melhor atendimento. Bia foi poupada duplamente.

Assim, percebo que não é exatamente a competência técnica que elege ou pretere a Unidade. Para essas famílias *de trás*, o que vale é o significado atribuído pela parturiente e sua família aos personagens que vão atender o parto. É pela mesma razão que a parteira é

⁷⁸ Tem sido muito aclamado pela SMS o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), curso de curta duração oferecido nacionalmente pelo Ministério da Saúde e as escolas técnicas do país a alunos secundaristas para se tornarem atendentes, auxiliares e técnicos em enfermagem. Por um lado, é uma oportunidade de emprego e profissionalização às populações do interior do país, mas, por outro lado, pode estar provocando efeitos contrários à esperada hospitalização, já que, as mulheres e seus maridos deixem de recorrer aos hospitais justamente pela presença desses atores (novos no cenário hospitalar, mas velhos conhecidos de todos na comunidade).

chamada: ela faz sentido dentro desse mundo.⁷⁹ Parentes e vizinhos que trabalham dentro do serviço facilitam o acesso a filas, consultas, remédios, exames etc. (Giglio-Jacquemot, 2005, encontrou a mesma relação entre porteiros e seguranças do Hospital Universitário de Marília, SP, e seus familiares). Contudo, nos casos gineco-obstétricos, ter conhecidos especialmente masculinos dentro da Unidade se transformava num problema.

Além dos personagens dos hospitais, algumas práticas realizadas rotineiramente ali dentro também eram elencadas como motivos para ficar em casa na hora do parto. O *toque* realizado sucessiva e repetidamente por diferentes personagens era a prática mais criticada. Ambos os *toques* – feitos nos hospitais e por algumas parteiras (como descrevi no Capítulo 2) – eram evitados pelas mulheres e D. Dina, que pouco usava a técnica, angariava pacientes insatisfeitas com parteiras e médicos que *dedavam* demais.

Além de *esburacarem* (sinônimo de *tocar* e *dedar*) as mulheres, outra prática temida e associada ao hospital é *ser cortada*. Scavone encontrou que mulheres rurais maranhenses tinham o mesmo receio do hospital “por não confiar nos métodos aí utilizados [como cortar e costurar]” (Scavone, 1985: 41). Quando perguntei à D. Dinorá porque as moças que visitávamos sempre diziam ter *medo* de ir até a Unidade, ela me explicou o seguinte:

Muitas têm medo de serem cortadas. Cortar é tipo de malineza que fazem. Em casa, não cortamos, é da natureza. Por que vão cortar na Unidade? Não precisa. Dizem que a mulher não tem passagem. Quando não tem passagem, vem desde de dentro a falta de passagem. Não é só ali fora. O máximo que vai é 3cm e não vai mais. Engata ali. Aí, tem que cortar por cima [cesariana] e não por baixo [episiotomia]. Quando não tem passagem mesmo é porque a pente não tem esta abertura que a gente sente aqui em cima [e passa os dedos sobre a própria *pente*], é tudo emendado. Tem que dilatar uns 15cm para sair normal. O útero é que dilata. Hoje, mulher do primeiro filho tem que ir pra faca, na barriga ou por baixo. Eu não entendo porque tá acontecendo tanto isso hoje. (DC, 09/11/2005)

Episiotomias caseiras ou hospitalares são realizadas, pelo que entendi, por motivos diferentes. Como último recurso em casa, as parteiras *cortam* as mulheres que não têm dores ou *puxo* para expulsar o feto ou quando o bebê é grande demais para a *pente* da mulher. As parteiras intervêm somente quando o problema já é percebido concretamente. Segundo D. Dina, no hospital, a prática se tornou uma rotina preventiva, usada de antemão em todas as mulheres para acelerar o parto (especialmente de primíparas), facilitar o trabalho dos médicos e desocupar os leitos.

⁷⁹ No início da pesquisa, eu ficava espantada com algumas mulheres que preferiam parteiras que não sabiam ler, não tinham feito cursos de treinamento, não seguiam o que tinham aprendido no contato com expoentes biomédicos. Mas agora percebo que a instrução, e mais, a profissionalização não sejam tão consensuados como eu imaginei.

D. Dina me explicou porque Beatriz gritava tanto que não queria ir para Portel e nem queria ser deixada sozinha dentro do hospital: “A Beatriz quase morreu na primeira cesárea dela. Disseram que ela não tinha como ter normal aquele filho. Ela sofreu muito e foi para a cesárea. Por isso ela se traumatizou de hospital. Ela não queria que eu fosse embora ontem de lá. Ela ficava dizendo que ia morrer ali” (DC, 29/11/2004). As más experiências hospitalares (como, por exemplo, me contaram de cesáreas e/ou curetagens uterinas sem anestesia, episiotomias, toques, cesarianas seguidas de laqueadura, mortes maternas etc., igualmente notadas no Amapá por Barroso, 2001: 69; e no Acre por Bessa: 1997: 143) ressabiam as mulheres a recorrer uma outra vez ao parto institucional. Muitas pesquisas (Morton, 2003: 46; Salomon, 2003: 96) têm mostrado o que eu também notava em Melgaço: o maior temor de mulheres que, acostumadas a parir em casa, passam ao hospital não é tanto a dor de parto, seqüelas físicas, medo de perder a autonomia, mas o atendimento e as práticas biomédicas. Ao passo que as mulheres *da frente* da cidade, em geral, professoras e funcionárias da prefeitura, preferiam ir pros hospitais (geralmente, da capital) para receberem anestésias e cesarianas por medo das dores, por acreditarem estar em maior segurança e para realizar laqueaduras consecutivas.

Embora as parteiras reconheçam que essas histórias não acontecem somente em Melgaço, ainda assim recorrem aos hospitais porque, nas cidades vizinhas, pelo menos, essas violências acontecem com profissionais que não participam dos círculos familiares e de vizinhança das pacientes fazendo com que constrangimento, raiva e reação fossem menores. Nesse complexo balanço, opta-se pelo menos pior (hospitais de Breves e Portel) e, sem opção, recorre-se à Unidade. Para ilustrar isso, como pôde ser visto na Tabela 1, com que abri este capítulo, o número de bebês melgacenses que nasceram no Hospital de Breves em 2005 é quase igual ao número de nascimentos que aconteceram na Unidade de Saúde em Melgaço. E, em Portel, a uma hora e meia de viagem, nasceu metade do contingente da Unidade. Como dito antes, o atendimento recebido por essas mulheres *de trás* é bastante semelhante ao que outras mulheres pobres encontram no mundo, como descreve Whitakker na cidade de Ban Srisaket, Tailândia:

Em seu movimento entre a vila e o hospital, as mulheres também movem entre diferentes modelos interpretativos de saúde e doença e entre diferentes relações de poder. Como Fiedler (1996: 195) notou em seu artigo sobre o Japão, “a localização física do parto reflete e cria territórios sociais”, que, em contrapartida, afetam o processo físico do parto e da experiência das mulheres sobre ele. Os movimentos entre o hospital e a comunidade da vila também envolve movimentos entre diferentes sistemas de conhecimento, prática e relações de poder. A equipe de saúde encontrada

no hospital distrital são funcionários públicos, geralmente do centro do país ou com antecedentes chinês-tailandês, com aspirações de classe-média que desdenham das mulheres da vila que falam Lao, que vestem saias *phaasin*, marcando claramente sua classe e etnia. A distância social entre a equipe de saúde e os viliões é mantida e institucionalizada pelos seus uniformes, expressões de tratamento e a organização hierárquica do sistema de saúde governamental. Esperam que os pacientes exibam respeito deferencial à equipe de saúde e ajam como recipientes passivos de seus conselhos. Em Ban Srisaket, muitas histórias circulam sobre a rudeza da equipe hospitalar e a falta de atenção que dispensam aos pacientes. Essas críticas do cuidado e serviço recebidos nos hospitais focam o fracasso da equipe em oferecer o relacionamento cuidadoso que é culturalmente esperado de curadores. Durante o parto, a equipe hospitalar oferece só o cuidado minimamente necessário aos pacientes e não realiza os muitos atos significativos de cuidado esperados das parteiras. (Whitakker, 1999: 225-226).

É bom lembrar que, apesar das críticas e conflitos, as parteiras, na esperança de resolver casos *difíceis*, não deixavam de levar suas pacientes até a Unidade. D. Dina, por exemplo, me disse, “Eu gosto de levar minhas pacientes pra Unidade. Eu me sinto mais protegida e aplicam a injeção” (DC, 28/11/2004). A evitação da Unidade se atenua quando a parteira acompanha a parturiente, como ela também me lembrou: “Quando a mulher vai com a parteira, é melhor atendida na Unidade porque todo mundo já conhece a gente” (DC, 08/09/2005). Ajudam, de alguma forma, a atenuar a distância social, as relações de poder, as diferenças de classe e etnia, descritos acima por Whitakker. As parteiras também podem contribuir para a aceitação do hospital, quando percebem vantagens para seu trabalho, como lembra D. Benta: “Na Unidade, a gente não tem que lavar a roupa do parto, a gente não se suja. E eu que tenho problema no joelho, posso ficar de pé para atender. Lá tem todo o material” (DC, 12/11/2005). Importante reter aqui que casa e hospital são territórios sociais com marcadores de poder, alteridade, gênero, como Whitakker sugeriu.

Vejamos, agora, dois casos que ilustram o *parto para hospital*: apesar de ambos terem se organizado para acontecer no hospital, apenas o primeiro realmente seguiu esse plano.

4.3 Nara

Nara morava numa casa pequena, mas muito caprichosa de um único cômodo com duas filhas, Eva, 6, e Pituca, de 2 anos. Havia uma cama de casal com mosquiteiro, uma cômoda com frascos de perfume, um espelho ao lado da cama. Mais adiante, uma mesa de madeira, um fogão novinho em folha, panelas areadas e penduradas na porta do jirau. Nara era uma jovem morena de 20 e poucos anos, com cabelos lisos e longos, sobrancelhas sempre pinçadas e roupas justas e sensuais que não escondiam uma *barrigada* de 6 ou 7 meses.

Pantoja, um jovem rapaz local que trabalhava como pedreiro, era o pai da Pituca e também do menino que Nara esperava. Mas ele a *deixara* por outra moça da cidade poucos dias antes que eu a conheci numa das “voltas clínicas” de D. Dina. A parteira vinha sendo chamada para *puxar a buchuda* sempre que sentia algum incômodo, um cansaço ou o bebê estava mal posicionado. Mas como a parteira recebia os R\$3 a cada visita, entendi que não ia atender esse parto (caso contrário, como visto no Capítulo 3, o *pacote* seria pago ao final do parto assistido). “Só tenho cesárea dos meus”, explicou-me Nara, “por isso a tia Dina só me puxa”. Ela já estava decidida sobre o lugar de seu parto. Para Nara, sua mãe e os profissionais de saúde de Melgaço, as duas cesarianas prévias “definiam” essa terceira. O dilema de Nara, durante esses últimos meses, foi conseguir viajar até Breves para fazer duas ultra-sonografias requisitadas pelo Postinho e, ao final, receber uma operação cesariana. Eu sempre a via esperando consultas no Postinho. Ela acenava para mim e me chamava para contar sobre o encaminhamento que estava sendo liberado pela enfermeira e sobre as sucessivas e conflituosas negociações com Pantoja. Ela precisava de seu apoio, apesar da separação. “Eu trabalhava de empregada doméstica. Parei porque tava pesando muito a barriga”. E, assim, Nara dependia do ex-companheiro para o aluguel da casa, a despesa com comida e roupa e, principalmente, os custos de suas viagens até Breves. Além disso, Nara contava com Pantoja para cuidar de Pituca durante sua ausência. Eva, filha de união anterior, ficava com a avó materna, que morava também em Melgaço. Mas Pantoja e sua família se indispunham tanto para custear a gravidez da moça, quanto para sustentar Pituca. Nara teceu várias estratégias para conseguir viajar até Breves e parir num hospital. Usava uma lógica muito própria de Melgaço para definir sua vulnerabilidade: “Eu tenho que pedir ajuda. Essa é uma gravidez de risco porque eu não tenho marido nem emprego”. E, por fim, eu soube que Nara e sua mãe viajaram para Breves com a condição de ficar na casa de parentes e de a mãe de Nara bater aqui para pagar as contas que elas haviam acumulado nessas viagens e para lhes sustentar nos dias que sucederiam a internação.

4.3.1 Alguns elementos que configuram um parto difícil

Pelo que pude notar, em Melgaço, não é por medo da dor, vaidade ou conveniência de agenda que se pensa em cesarianas, fatores comumente encontrados nos círculos de classe média em centros urbanos maiores. Nara e tantas outras mulheres foram *cortadas por cima* com base em duas concepções corporais recorrentes: a) *uma vez cesárea, sempre cesárea*; b) *de cesárea só se pode ter três filhos*. Vejamos em mais detalhe cada uma destas concepções.

Para a primeira idéia, ouvia que algumas mulheres, como Nara e Beatriz, tinham a *pente* muito *fechada* e, por isso, não tinham condições de dilatar-se suficientemente para a passagem do bebê. A sorte de ambas era não serem primíparas, pois seus partos anteriores serviam para compor e interpretar sua “tipologia” como parideira. Durante as semanas de morosas negociações com Pantoja, eu perguntei à Nara porque não paria ali em Melgaço já que estava difícil conseguir angariar os recursos para viajar. Sua mãe, ao nosso lado, comentou sobre a “tipologia” da filha, que lhe impedia de ser atendida na Unidade, onde só partos normais podiam acontecer:

Ela só tem de cesárea. A Nara não tem abertura na hora. **Ela é assim.** Olha como foi o parto da Pituca [primeira filha de Nara]. A Nara teve a dor e chamaram a parteira Lavínia. Essa não deu conta e chamou a Pequeninina. A Lavínia disse que ela não ia ter abertura. Falou assim, “Olha, consegue um barco e leva a sua filha pra Breves. Aqui ela não tem”. A gente foi com ela pra Unidade. Era o Dr. Anselmo na época. Ele disse que ela tinha sim, que lá pelas 15h nascia. Eu fui numa amiga minha aqui na frente e ela conseguiu com o Casemiro [ex-prefeito e atual vereador da cidade]. Ele colocou uma voadeira para gente levar ela. Foi só eu e ela na voadeira. A gente chegou em Breves às 10h. Às 10:30 já tinha nascido minha neta, já tinha nascido a Pituca. A gente chegou no hospital e eles foram levando a Nara direto pra cirurgia. Tinha uma outra moça que ia ser operada na frente dela. Mas deixaram ela e colocaram a Nara na frente. (DC, 21/11/2005, ênfase minha).⁸⁰

Ao final da história, Nara me olhou seriamente e disse, “O bebezinho dessa outra moça que eu passei na frente morreu” (*ibid*). Nara me sugeria que ela correria risco idêntico dada a gravidade de seu caso. E lembrar dos últimos partos só ajuda a confirmar seu tipo como parideira: *pente fechada* exige cesárea. Esse segundo parto de Nara muito se assemelha ao de Beatriz, acima comentado: o médico local anunciou que o parto poderia acontecer na Unidade, as parteiras incentivaram recorrer às cidades vizinhas e, sem o devido *encaminhamento* do médico local, a gestante e sua mãe tiveram que recorrer às próprias redes para viajar e se manter fora de Melgaço.

⁸⁰ A mãe de Nara era quem mais enfatizava a necessidade da filha parir no hospital por conta de suas cesáreas prévias. As parteiras também precisam estar muito atentas para essas opiniões familiares sobre a gestação e sua relação com o local do parto. Como sempre, D. Dina me explicava seu pensamento com exemplos concretos e análogos. Ao comparar dois partos que havia recentemente atendido, me mostrava como *partos para casa* podem terminar como *partos para hospital*, como seu trabalho é afetado pela interferência familiar e qual é o ideal de participação da família no parto domiciliar: “Eu gostei muito dos pais da Irene. Eles se comportaram como se nada estivesse acontecendo. Não atrapalharam o parto dela. Mas eu assisti um que foi um problema. Era um parto complicado o da Dalva. A mãe dela ficou dizendo que ela não podia ter o bebê em casa. Que se ela morresse, não sabia quem ia morrer em casa. Eu não conseguia trabalhar desse jeito. Chamei a mulher e levei ela pra Unidade. Lá, a gente terminou o serviço. Nós fomos pra lá e ela teve o parto normal. Ela teve dois partos normais depois e já tá grávida de novo agora. Não gostei do jeito que os pais trataram a Dalva. Atrapalhou um bocado” (DC, 22/11/2004).

Vejamus a outra concepção corporal, isto é, mulheres que parem com cesárea só devem ter até três filhos. Nara vinha tentando ser esterilizada desde o segundo parto. E, como sabemos, exigir uma cesárea era também uma estratégia para garantir a laqueadura (Cf. Berquó, 1993: 373). (Embora no Brasil, como vimos na Introdução, seja ilegal fazer as duas cirurgias de forma consecutiva, essa prática era largamente praticada e incentivada pelos serviços de saúde locais). Ela tentou a esterilização quando Pituca nasceu, mas parece que a operação não foi bem sucedida. Assim, o quadro de Nara reunia vários aspectos que definiam seu parto como *difícil* e lhe remetiam ao hospital: **ser** uma parideira com *pente fechada* (e não somente **estar** com a *pente fechada* nessa gestação), o desejo pela esterilização, o incentivo da mãe pelo parto hospitalar e a crise conjugal. É bom lembrar, portanto, que não somente *partos difíceis* podem terminar nos hospitais, mas também *situações difíceis*. (No caso anterior, Beatriz tinha uma *situação fácil* – parteira lhe acompanhando até o hospital, apoio financeiro dos sogros para viajar até Portel, mãe em Portel para lhe ajudar no resguardo – que foi muito importante para desembaraçar o *parto difícil*.)

Partos difíceis são comuns, mas não deixam de preocupar as parteiras. Quando perguntei a algumas delas o que seria ideal fazer para evitá-los, uma resposta em uníssono me surpreendeu: as mulheres devem ser *operadas*. Quer dizer, um dos principais objetivos da esterilização feminina, bastante procurada na região, seria para poupar as mulheres propensas a partos *difíceis* (porque, afinal, segundo sua tipologia, uma mulher *é* assim) e não somente para evitar aumentar a prole, como geralmente é enunciado pelo mote controlista no país. O trabalho das parteiras parece priorizar a saúde e o papel social das mulheres diante do futuro dos bebês.

4.3.2 Parto para hospital também precisa de parteira

A história de Nara revela como as parteiras também são acionadas mesmo quando a mulher já tenha optado pelo parto hospitalar. Acredito que a participação da parteira atenua um pouco os receios que estas mulheres compartilhavam sobre o hospital e, com as *puxações*, a parteira ajuda a precisar a idade gestacional, constante dúvida entre as mulheres locais. Numa das vezes que D. Dina foi ver Nara, disse: “É um bebê grande para 6 meses. Você não vai agüentar este filho até os 9 meses. (...) Ele tá quase deitado. Por isso que tava pontuda a sua barriga. A cabeça tá aqui. Mas tava de lado ele. Tá grande e dura a cabeça dele para 6 meses. Parece que é de 7 meses” (DC, 12/10/2005). Saber o tempo da gestação é fundamental para prever quando e onde acontecerá o parto. No nono mês, a parteira passa a ser chamada

mais repetidamente e um novo movimento do bebê ou uma dor inesperada demanda uma interpretação, disputada e negociada entre parteiras, profissionais de saúde e membros da família. Passei na casa de Nara num dia em que D. Dina já tinha estado ali de manhãzinha: “Eu senti uma dor no toco da perna ontem. Eu pensei que já fosse dor de ter. Acho que foi a virada da lua. Quando vinha a dor, a barriga ficava durinha, durinha. Hoje já doeu de novo. A tia Dina veio me puxar de manhã. Ela disse que já tá bem baixo, já tá na hora de ter” (DC, 21/11/2005). As moças que vão parir no hospital, sobretudo, precisam saber da data do parto para que planejem suas viagens a tempo de não parir no trajeto e nem esperar muitos dias em Breves ou Portel antes da cirurgia (o que só encarece ainda mais a viagem).

A parteira era necessária em outra tarefa, como Nara lembrou numa de nossas últimas visitas: “Eu vou precisar da senhora ainda, D. Dina. Para tirar meu encaminhamento na Unidade. A senhora sabe que só com parteira. Eles querem que as parteiras levem a gente lá” (DC, 26/10/2005). As moças de Melgaço sabiam que o atendimento na Unidade melhorava um pouco quando não chegavam sozinhas. As parteiras ajudavam a explicar aos profissionais como vinha sendo a gestação da moça e quais sinais haviam identificado como alarmantes. Isso não garantia necessariamente esperar menos nas filas ou conseguir imediatamente o *encaminhamento*. Era mais uma estratégia para tentar trafegar pelos meandros burocráticos e hierárquicos da Unidade.

E, finalmente, algumas parteiras eram convocadas para acompanhar as parturientes até o hospital. Quando a SMS concedia a ajuda de custo para viajar até outra cidade, permitia que um acompanhante fosse junto à moça. Marido, mãe, irmã ou parteira era o personagem escolhido. Era mais provável uma parteira acompanhar uma paciente com um parto repentinamente destinado para o hospital, como vimos no caso de Beatriz, do que pacientes que, desde o início, já haviam decidido pelo hospital, como Nara.⁸¹

4.3.3 Para resolver um parto difícil não adianta só contar com o hospital

Nara, portanto, já tinha resolvido duas etapas importantes de seu parto, o local do mesmo e o *encaminhamento*, a chancela burocrática expedida pelos profissionais de saúde da Unidade. Mas, como desejo comentar nesse item, isso não é o suficiente para resolver um

⁸¹ Contudo, ao final de todo processo, D. Dina não recebeu pelo acompanhamento no caso de Beatriz. Ela se melindrou com o sogro da moça que se esquivava da parteira sempre que a via pelas ruas. Apesar da disposição e disponibilidade para ajudar suas pacientes, D. Dinorá achava difícil viajar para outras cidades e deixar sua família e demais pacientes desatendidas porque não tinha garantias de onde dormir, o que comer, como voltar a Melgaço e tampouco se iria receber já que o parto fora atendido pelo médico/a ou enfermeiro/a.

parto difícil. Nara precisava chegar até Breves e por lá se manter por alguns dias e também precisava ter certeza de que suas duas filhas ficariam bem cuidadas em Melgaço durante sua ausência. A separação de Nara e Pantoja agravou esse quadro. Vale a pena detalhar essa história porque uniões e separações são muito comuns em Melgaço e interferem diretamente na saúde reprodutiva feminina.

Logo que foi *deixada*, Nara reagiu de forma pragmática: “Eu fui deixada na hora que mais precisava dele. Mas, pra mim, tá tudo igual. Ele manda as coisas para mim, não deixa faltar nada. Vem trazer o dinheiro. Pra mim, é como se estivesse como antes” (DC, 12/10/2005). D. Dinorá sugeriu ainda à moça: “Não deixa a sua casa, não muda a rotina. Continua comendo. Porque se você for no Fórum, se você der queixa dele, se você sair dessa casa pra ir pra casa da sua mãe, perde o direito”. Nessa época, Nara me dizia não saber a razão pela qual o marido a *deixara*. Ouvi que os maridos *enjoavam* de suas esposas quando engravidavam. (D. Dina me explicou, inclusive, que isso é mais comum ainda quando o bebê é do sexo masculino. E com o segundo ultra-som, Nara ficou sabendo que esperava um menino). Nara deu ainda algumas outras razões para essa evitação:

Não sei se o Pantoja enjoou de mim por conta da gravidez. Ele também me deixou no final da gravidez da Pituca, mas depois voltou. Não sei se é porque já tá com seis meses e a cabeça tá muito baixa. Aí não dá mais pra entrar, né? (DC, 22/11/2005)

O Pantoja falou que não gosta mais de mim. Eu era bem bonitinha. Agora que a gente tá buchuda não dá pra se cuidar direito. Mas ele já falava que não gostava de mim quando eu tava grávida da Pituca. Ele já falava isso. Mas aí, quando eu perdia a barriga e ficava bonitinha de novo, ele voltava e me procurava. (DC, 26/10/2005)

Numa das viagens para fazer seu ultra-som em Breves, Nara deixou Pituca com Pantoja durante o dia e nos contou de noite, quando a parteira foi lhe *puxar*: “Hoje eu fui pra Breves. Quando eu passo de tarde, a pequena está chorando tanto que tá quase rouca. Eu fiquei doida de ver a minha filha desse jeito, irmã Dina! Só que o Pantoja não tava pro colégio, estudando como ele me falou. Ele tava namorando, gente!” (*ibid*). Nara encontrou o novo casal e se engalfinhou com a namorada do Pantoja, enquanto este último fugiu. Naquela noite, Nara chamou D. Dina porque não se sentia bem e observamos como usava a franja para esconder a testa toda *gatanhada* (i.e., arranhada). Depois da briga, Pantoja não quis mais pagar o aluguel da casa onde Nara morava e se recusou a conversar sobre a pensão para a filha Pituca ou ajuda para o parto. E, nesse momento, surgiu ainda outra explicação, segundo Nara me contou: “Talvez ele esteja se vingando de mim. Ele não quer pagar, não quer cuidar da filha, não quer falar comigo. Talvez seja vingança. Porque eu fiquei com outro, mas foi quando a

gente tava namorando ainda. Não tinha a Pituca ainda. Foi há muito tempo. Mas ele não esqueceu. Eu acho que pode ser isso” (*ibid*).

Todas essas explicações – dificuldade em manter relações sexuais, *enjôo*, ciúmes e vinganças – são úteis para pensar sobre a relação de mulheres e homens com as gestações e os partos. Claro que Nara se ressentia com o fato de ter sido *deixada* e, mais ainda, ter sido substituída por outra mulher. Mas também me explicava que a ausência do companheiro é mais grave no momento do parto, que demanda despesas e prontidão para tomar decisões súbitas e importantes. O quadro de Nara era mais complicado do que o de Josiane, primeiro caso comentado nesse capítulo: ambas não tinham marido, porém, mais grave ainda, Nara não tinha emprego nem uma rede de apoio na cidade. Não tinha pai, irmãos e sogros e contava apenas com sua mãe que trabalhava como costureira. Tinha duas irmãs mais novas e ainda solteiras que moravam e eram sustentadas pela mãe. Josiane tampouco tinha parentes em Melgaço, mas suas redes locais conseguiam, de alguma forma, substituir os laços consangüíneos.

Nos meses que ali estive, observei como Nara foi, pouco a pouco, alinhavando apoio e recursos alternativos para compensar sua *situação difícil*. Primeiro, conseguiu, com muita conversa e negociação, que Pantoja lhe pagasse um pequeno quarto de hotel. Assim, poderia sair da casa onde morava de aluguel e ficar mais perto da mãe, sobretudo para o período de resguardo (Não havia espaço na casa da mãe para Nara e suas duas filhas). Segundo, agravou propositadamente seu estado de saúde para tentar explicitar a necessidade de viajar até um hospital:

A operação é muito perigosa, a gente demora para recuperar. Na cesárea não é como no parto normal que a gente sai andando no mesmo dia. Na cesárea a gente fica 24 horas deitada, 24 horas sem comer. Só quando eles tiram o soro da gente que a gente pode levantar. Quando vai tomar banho, dói tudo. Nem abaixar a gente consegue. É muito difícil. E ele não vai estar comigo nessa hora? Bem nessa hora? E nem quer ajudar? Eu tô muito mal, tá muito difícil isso tudo pra mim. (Nara, DC, 26/10/2005)

Ainda por cima, precisava viajar até Breves. Então, tentou ameaçar o ex-marido de três formas. Primeiro, disse que iria até o rádio pedir dinheiro à cidade toda, humilhando-o publicamente como um provedor incompetente. Segundo, pediu que D. Dina exagerasse seu estado *difícil*, como D. Dina depois me explicou:

Quando eu fui *puxar* ela hoje de manhã, ela me pediu para dizer que ela tava passando muito mal, com muitas dores, já pra ter o filho. Ela queria que eu ficasse até a hora que o Pantoja ia passar ali na frente. Eu não fiquei, disse que tinha muita coisa pra fazer. Eu disse pra ela que não comento com ninguém o que me falam na *puxação*. Eu

não queria me meter nessa história. Eu até ajudo quando o casal tá se desentendendo, mas depois me pegam na mentira e sobra pra mim. Depois, o doutor diz que não tinha nada dessa urgência e vão dizer que eu é que não sei de nada. (DC, 21/11/2005)

E, por fim, até sua mãe participou da pressão sobre Pantoja, como a própria me narrou:

A gente vai ter que arranjar o jeito dela ir. Eu chamei o Pantoja aqui. Falei com ele. Falei com ele aqui na frente de casa. Ia passando gente aí e ouviram tudo. Era para ele se tocar, pra ele sentir vergonha com todo mundo ouvindo. Eu falei para ele que ele é empregado e que ele precisa dar o jeito dele. Que a Nara precisa ir hoje pra Breves. Ele disse que tava sem dinheiro porque tinha acertado umas contas que a Nara devia. Mentira. Ela foi lá e a conta nem foi acertada ainda. Ele disse que ia trazer alguma coisa aqui em casa hoje à tarde. (*ibid*)

Apesar de todo esforço, ao final, Nara estava praticamente sozinha. Não recebeu os R\$20 da SMS, oferecidos somente nos casos de *encaminhamentos* de urgência. Pantoja ajudou muito pouco e eu acredito que ele tenha ficado *mordido* pela insistência de Nara e a briga com a nova namorada. Ela e sua mãe não conseguiram mobilizar a atenção de comerciantes e políticos locais como já havia sido feito no segundo parto de Nara.⁸² A moça viajou sozinha para Breves e sua mãe seguiu assim que conseguiu dinheiro para a passagem. E o sustento das duas em Breves dependeria dos trocados que a mãe faturaria com a venda de açaí, num ponto comercial de um parente na cidade.

Acredito que Nara e Beatriz nos brindam com casos eloqüentes sobre o parto hospitalar. Se a moça chega em cima da hora na Unidade, como Beatriz, não há uma estrutura para encaminhá-la com recursos da SMS. Se o parto é definido de antemão para o hospital, como Nara, supõe-se que a moça tenha tempo suficiente para levantar os recursos necessários à viagem. A Unidade e o Postinho patologizam o parto, mas transferem às parturientes o ônus da viagem. Não há uma política institucional de referência aos hospitais vizinhos. Assim, ao que parece, a Unidade é uma opção para o parto normal das moças menos abastadas de Melgaço. Mas para o parto cesariano, só possível em cidades vizinhas, familiares e redes locais são fundamentais. Beatriz contou com esse apoio, ao passo que Nara ficou duplamente *sozinha*, **antes** e **durante** a internação hospitalar.

4.4 Acácia

⁸² Como Nara, vi mães com filhos doentes e grávidas nas últimas semanas do termo visitarem vários escritórios em busca de apoio para passagens. Para viajar por motivos de saúde, as secretarias municipais, a câmara e as casas dos vereadores, a casa dos médicos, o gabinete e a casa do prefeito eram assediados com frequência.

Acácia é uma moça com cerca de 30 anos. Ela tinha três filhos quando engravidou desse quarto. Segundo D. Benta, uma parteira antiga da cidade, cada um é filho de um pai diferente. Acácia é cunhada de Ana, neta de D. Benta. Mas nem D. Benta, D. Dinorá ou as outras parteiras sabiam que Acácia estava grávida naquele final de 2004. Apesar de trabalhar na prefeitura de Melgaço, Acácia estava vivendo há alguns meses em Belém, para cuidar da mãe adoentada. Lá também ela estava fazendo seus exames de pré-natal. A médica lhe disse, com base nos resultados da ultra-sonografia, que sua gravidez era de risco e que o parto seria hospitalar. Na noite de 27 de novembro, D. Dinorá foi chamada às pressas até uma casa de um único e pequeno cômodo. Ao contrário de Josiane, Acácia era uma mãe solteira que contava com menos infra-estrutura. Naquela vão, havia uma mesa, dois bancos, uma estante com algumas roupas e duas redes, onde suas crianças dormiam. Ao fundo, uma porta dava para um jirau e uma latrina. A luz fora cortada por inadimplência. Quando chegamos, vimos que D. Pequenina, outra parteira, tinha sido chamada primeiro e, sentada a um lado, aguardava o desenrolar dos acontecimentos. Naquele exíguo espaço, estavam Acácia, as duas parteiras, eu, Amelie (cineasta em passagem pela cidade para concluir seu filme), Ana (cunhada da moça) e uma vizinha. Ana insistia com D. Dina para que a moça fosse levada até a Unidade, mas a parteira lhe desestimulou. D. Dinorá desconsiderou a opção hospitalar, embora concordasse que a situação convergia para tal cenário ao dizer à Ana: “Pode ser que não tenha ninguém lá. A Unidade tá trancada a essa hora. O Dr. Anselmo está na festa da escola. E me falaram que lá tá sem luva esses dias”. (Falta de material, acesso e profissionais são realidades que freqüentemente D. Dina já encontrara. E as parteiras agem, inclusive, como pivôs de denúncia ao ficarem sabendo e espalharem por onde circulam os casos abusivos que lá dentro aconteceram).

D. Dinorá *puxou* a barriga da moça e lhe fez o toque vaginal. Percebeu que o feto vinha de pé. Acácia reclamava que não tinha *puxo* e por isso não conseguia empurrar na hora das contrações. D. Dina e D. Pequenina continuavam a incentivar que Acácia se concentrasse no parto, na força, no feto. Aguardavam, sentadas uma de cada lado da moça, o avanço das *dores*. Com muita dificuldade, os pés e o quadril do bebê saíram. D. Dinorá apertou seu ventre, lhe mudou de posição, untou-lhe com óleos vegetais, fez orações, levantou a bacia e as pernas da parturiente etc. Mas a criança ficou engatada nessa posição por mais de uma hora. Acácia reclamou de câimbras na perna, apelou ao divino e, realmente sem *puxo*, iniciou outro discurso.

Meu deus, eu vou morrer! Eu sei que vou morrer. Eu tive um sonho que alguém me dizia isso. Eu não estava bem dormindo. Eu estava meio acordada e era como se alguém me dizia assim ao pé do ouvido. Eu vou morrer, eu sei disso. Meu deus, salva meu filho. Gente, eu não agüento mais. [Se dirigiu à vizinha] Cuide do meu filho, mana. Não deixe ele sozinho, tá? Ana, você cuida da outrazinha, tá? Gente, dêem o maior pro meu irmão criar. Não deixem meus filhos sozinhos no mundo, gente, por favor! Gente, chamem meu pai, eu preciso me despedir dele. Vamos, chamem meu pai. Eu sei que vou morrer e eu preciso me despedir dele. Ana, obrigada, minha colega. Gosto muito de você. Eu sei que vou morrer.

Eu fiquei muito impressionada com sua ladainha, eram palavras muito fortes, muito tristes. Notei que seu discurso perturbara a todas ali dentro. Entreolhávamo-nos assombradas e impotentes.

Ana saiu então para chamar a avó parteira, D. Benta, que chegou meia hora depois. As três mulheres submeteram Acácia a uma *sobada* (descrita no Capítulo 2) e fizeram mais massagens. Deram outras ordens à Acácia e não paravam com vários tipos de orações. Era visível que já tinham tentado todo seu arsenal de técnicas e beiravam o limite de sua ajuda. Concordavam que a *injeção de puxo* era necessária. De repente, D. Dina me disse, “Soraya, vá chamar o médico, minha filha. Só você aqui nesse quarto consegue tirá-lo lá daquela festa. Se qualquer uma de nós for, ele não vai dar ouvidos. Você é de fora, ele vai atender”. Montei na primeira bicicleta disponível do lado de fora do casebre e corri até a festa. Anselmo, meio bêbado, meio sonolento, demorou para entender meu pedido. Entreguei-lhe a bicicleta para que chegasse mais rápido à casa de Acácia.

Nos cinco minutos que permaneceu ali dentro, esse profissional da Unidade disse que nenhum médico formado conseguiria realizar aquele parto em circunstâncias tão hostis: “Só uma cesárea resolve isso aí. Vou tentar encontrar um barco para levar ela pra Breves”. Não voltou mais. Em seguida, D. Dinorá administrou uma dose de café forte com manteiga. Foi o que deu um poderoso *puxo* à moça. D. Pequenina sacudiu de um lado e a D. Benta, de outro. D. Dinorá agarrou os bracinhos do menino e puxou seu corpo para fora. Todas viram que a criança estava cinza, inerte e boquiaberta – morta. Foi deixada de lado momentaneamente: era preciso tentar salvar a vida da mãe. D. Dinorá pelejou com a placenta, repetindo ordens que já destinara à Acácia: “Vamos, minha filha, você tem que empurrar um pouquinho só pro resto sair. Vamos, me ajude. Coragem!”. Ela puxava levemente a ponta do cordão, enquanto massageava a barriga da moça. Acácia deu um último empurrão e a placenta saiu. Depois disso, D. Dinorá cuidou de lavar e vestir a criança para o velório. D. Benta ajudou a limpar a moça e removê-la para descansar na rede mais próxima. Logo apareceu um *caribé* para ajudar a parturiente a se recompor. D. Pequenina ficou para lavar a roupa suja do parto.

No dia seguinte, somente D. Pequenina, Ana, eu e algumas crianças acompanhamos o rápido e silencioso velório do infante. Nem o pai da criança, que depois soubemos estar na cidade, nem qualquer autoridade *da frente* se interessou em saber do ocorrido ou prestar condolências à Acácia. No cemitério, a covinha já estava pronta. Não houve música, nem reza. Depositaram o caixão no buraco. O coveiro, que esperava sob a única sombra do lugar, veio cobri-lo. Um garoto, de no máximo oito anos, espontaneamente pegou uma flor e a depositou sobre o montinho de terra. Foi o único rito funerário que ali observei.

4.4.1 Como um parto para hospital acaba em casa

Esse *parto difícil*, seguido da morte neonatal, foi o assunto mais presente em todas as rodas de conversa naquele final do mês de novembro de 2004. Todos se perguntavam: “Por que a Acácia não pariu no hospital em Belém se já sabia que era um parto de risco?”. Para responder à pergunta, parteiras, Ana (a cunhada da moça), vizinhos e até funcionários da SMS me explicaram que “naturalmente” a culpa caía sobre Acácia, tida como uma “mãe imprudente”. Algumas pessoas aventaram a possibilidade de Acácia ter perdido o bebê “de propósito” e apontavam os sinais de ela não o querer (“Seus outros três filhos eram mal cuidados”; “Ela desgostou da vida quando o pai da criança não a assumiu”; “Não fez a última consulta de pré-natal” etc.). A princípio, concordei com essa interpretação e avantei a hipótese do episódio ter resvalado numa espécie de infanticídio. Não seguir as prescrições médicas, não chamar as parteiras com antecedência, não empurrar no momento certo seriam uma forma indireta de evitar filhos? Parir em casa, nessas circunstâncias, era uma opção para resolver muito mais do que o parto, para resolver “problemas de família”? Mas, com o passar dos dias, essa minha forte opinião foi sendo matizada. Acácia, mais do que Beatriz e Nara que também enfrentavam *situações* e *partos difíceis*, foi envolta por uma gama de impeditivos que culminaram na morte de seu filho. Tantas variáveis evitam que se culpe um só personagem. Para tentar explicar essa morte neonatal é preciso considerar os vários personagens e eventos que a compõem.

Se uma parteira tivesse sido chamada para *puxar* a moça, como foi feito com Josiane, Bia e Nara durante toda a gravidez, como reza a “etiqueta obstétrica local”, poderia ter notado uma série de detalhes que constituíam esse caso como *difícil*. Mas Acácia não estava vivendo em Melgaço nos últimos três meses. Só suas vizinhas e sua cunhada sabiam que ela havia chegado à cidade e nenhuma parteira sabia que ela estava grávida. Durante uma única visita prévia, D. Dina, D. Benta ou D. Pequenina teria sabido que a médica de Acácia tinha definido

o parto como *arriscado* e que a moça não tinha comparecido à última consulta de pré-natal. E talvez tivessem negado o atendimento e procurado encaminhar a moça o mais rapidamente para um hospital. D. Dina sempre repetia: “Parteira nenhuma é obrigada a atender gestante assim. Nem médico. É muito risco para nós. A gente tem que fazer medo nelas: ‘Se você não fizer o pré-natal, eu não vou te atender’. Tem que fazer assim”.

Durante o tenso parto, Acácia disse: “Eu fiz um ultra-som em Belém e a médica disse que o parto era de risco e que eu não podia deixar a capital. Mas ela não me explicou por que era de risco. Mas, como o dia só era no início de dezembro, eu pensei que dava tempo de vir até aqui e voltar”. Mas quando lhe perguntei, dias depois, porque tinha voltado a Melgaço, ela disse: “Eu vim receber os três meses de pagamento de pensão. Ninguém podia tirar pra mim, ninguém podia receber por mim esse dinheiro. O parto provável era dia 5 de dezembro. A médica disse que eu podia vir tranqüila”. Acácia alterna a idéia de “risco”, conforme a explicação para sua viagem. Esta idéia, inclusive, parece ser atenuada pelo fato da moça se resguardar na “proteção” conferida pelo contato com a médica e o cumprimento de suas consultas de pré-natal.

As moças grávidas em Melgaço apresentavam várias razões para não comparecer às consultas do Postinho (como já foi descrito). Em contraponto, as parteiras contavam de partos mal sucedidos de moças que nunca tinham feito os *exames* (de sangue, fezes, ultra-som etc.). Lembavam de bebês que tinham morrido pela falta das *vacinas* gestacionais. O fato de D. Dinorá e suas colegas incentivarem que suas pacientes cumprissem as consultas no Postinho parece indicar que, embora não necessariamente as parteiras concordassem com todos os métodos e discursos arrolados nos consultórios, elas tentavam resguardar seu trabalho de eventuais dificuldades, como Pereira notou entre as parteiras da periferia de Manaus: “Se eventualmente a mulher que frequenta o pré-natal vier a adoecer, a parteira pode se eximir da responsabilidade, atribuindo-a ao médico que examinou a mulher e foi incapaz de detectar a doença” (1993: 249).

Além de Acácia não ter terminado o pré-natal, outro fator agravou esse *parto difícil*. A única pessoa da família que esteve presente foi Ana, a cunhada da parturiente. Sua mãe estava em Belém, em um tratamento de saúde. Em Melgaço, a moça tinha o pai e o irmão, que não apareceram durante o parto e tampouco exerceram qualquer tipo de pressão para buscar recursos alternativos.⁸³ O ex-companheiro de Acácia não manifestou interesse antes, durante

⁸³ O irmão, depois de ouvir os comentários sobre o triste desfecho do parto de Acácia, lhe levou para sua casa no dia seguinte. A casa era de alvenaria, tinha cama, fogão, geladeira, poço d’água, mosqueteiro, máquina de lavar

ou depois do parto, mesmo sabendo que o filho falecera. E, por fim, Acácia tinha família em Portel, mas não se planejou para lá parir. Acácia estava *sozinha* em Melgaço – condição absolutamente abominada pelas grávidas – sem aconchego, dinheiro, acomodação, comida, roupas, transporte. A solidão de Acácia teria sido aplacada se tivesse permitido que uma rede se formasse – mesmo que rápida e improvisadamente – em seu entorno, como vimos acontecer como Josiane, a princípio, também *sozinha*.

Alguns outros problemas *dificultaram* esse parto. Primeiro, D. Dina disse que o bebê não ficou *engatado* somente porque vinha de pé, mas “se o cordão não fosse tão grande, não tinha laçado ele e não tinha prendido o braço dele”. Segundo, Acácia nos contou alguns dias depois do parto: “Eu tive uma queda do jirau. Me bati muito. Caí sentada. Não sei se o bebê ficou roxo por conta disso”. Dinorá concordou que quedas podem atrapalhar muito uma gestação. Mas aqui, esse dado é difuso: a queda pode ter repercutido na prematuridade do parto, na má posição do bebê e na falta de força que ela sentiu durante o evento. Terceiro, ficou notório a “tipologia” de Acácia: ela era uma parideira que precisava de *injeção de puxo*. Esta era uma alternativa amplamente conhecida pelas mulheres locais, mas seu uso doméstico era informal e não muito apreciado pelos profissionais de saúde. Se as parteiras encontravam dificuldade de conseguir o medicamento na Unidade, recorriam às farmácias, que não estavam mais aberta àquela hora da noite. E o médico, quando apareceu, não cogitou recorrer ao medicamento para abreviar o sofrimento da moça. Se o fato de não ter *puxo* fosse conhecido de antemão, as parteiras teriam tentando conseguir o medicamento ou destinado o parto para o hospital. Quarto, era preciso ter aventado os problemas da casa de Acácia. Naquela semana, especificamente, muitas casas haviam tido sua luz cortada. A CELPA, companhia elétrica do estado, já vinha prometendo punir os inadimplentes e Acácia teve o azar de parir justamente na noite em que essa decisão foi cumprida. Além disso, sua casa tinha pouco espaço, não contava com comida, água e material.

E, no meio do parto, Acácia nos informou de ainda outro detalhe que lhe passara alguns dias antes desse parto. Durante aquela hora e meia em que o bebê ficou *engatado*, Acácia contou de sua premonição: “Meu Deus, eu vou morrer. Eu sei que vou morrer. Eu tive um sonho que alguém me dizia isso, irmã Dina. Eu não estava bem dormindo. Eu estava meio acordada e era como se alguém me dizia assim ao pé do ouvido. Meu deus, salva meu filho. (...) Eu sei que vou morrer” (DC, 27/11/2004).

roupa etc. – itens que poderiam ter facilitado o parto, mas que, pelo menos, atenuariam um resguardo doloroso e enlutado.

Quer dizer, se a parteira tivesse visitado Acácia com antecedência, possivelmente teria observado esse conjunto de aspectos potencialmente negativos e exercido sua melhor função: construir uma argumentação capaz de convencer as pessoas envolvidas do perigo que Acácia corria e mobilizar apoio para levá-la até um hospital. Repito, as visitas e *puxações* informam muito mais do que a condição fisiológica da *buchuda* e de seu bebê. Prescindir desse contato prévio com uma parteira é não cumprir minimamente com a “etiqueta obstétrica local” e alijar-se da importante e complexa rede de apoio que ela pode oferecer nos casos *difíceis*.

Trouxe esse caso de Acácia porque percebo que uma severa instabilidade se instaura quando há uma **transgressão da fronteira** entre *partos para casa* e *partos para o hospital*. E os casos de Beatriz e Acácia transgrediram essa fronteira em sentidos contrários. A diferença é que, com a primeira mulher, a parteira interveio a tempo para reverter a *situação difícil*. Por mais que as parteiras nem sempre concordassem com os profissionais de saúde sobre a dificuldade e o local dos partos, pareciam estar dispostas a seguir as indicações de “risco” emitidas pelas consultas de pré-natal, mas que, nas horas críticas, não encontravam a retaguarda esperada da SMS. Sabiam que, no *aperreio*, só podiam contar com sua experiência prática, a solidariedade dos parentes e a *boa vontade de deus*. Sabiam que, independente de quem fosse a responsabilidade pela transgressão das fronteiras, no final das contas, eram elas que ficariam *todo tempo junto* da parturiente.

O local do parto está longe de depender apenas da escolha da gestante e sua família. O que está em jogo, antes de escolher o local do parto, é a construção coletiva da definição de *partos difíceis* e *fáceis*, de perceber os fatores que contam a favor de cada local, de elencar e avaliar a disponibilidade de todos os personagens que podem estar presentes em cada local (mãe, marido, afins, parteira, médicos, auxiliares, barqueiros, taxistas etc.). E, a meu ver, as parteiras se destacam nesse elenco porque ajudam a reunir e significar a complexa miríade de variáveis que estão envolvidas. E também estão mais aptas a encontrar soluções que contemplem e, se possível, equilibrem desejos e demandas da mulher, do marido, da família, da vizinhança, dos profissionais biomédicos, dos cursos de treinamento etc.

4.5 Considerações finais

4.5.1 Quatro comentários de fundo

É recomendável tecer quatro comentários a fim de alinhar as idéias descritas nos quatro casos acima. Primeiro que, para as parteiras e mulheres de Melgaço, o parto e a

reprodução não são eventos patológicos (como vários autores já mostraram em vários outros contextos etnográficos relacionados ao partear. Ver, por exemplo, Jordan, 1993). Parir em casa não é, portanto, tido como um “risco” já que para muitas gerações de uma mesma família têm seguido esse costume e pouquíssimas mortes (das parturientes, sobretudo) marcavam a memória coletiva da cidade. Além disso, a “casa”, sobretudo a *de trás*, não é tida como “insegura”, “suja”, “distante”, como geralmente era a opinião das autoridades sanitárias.

Segundo, se uma mulher porventura sofre algum distúrbio inesperado durante sua gravidez e/ou parto, as causas que estas mulheres aventavam para explicar esse evento não se restringem aos aspectos biológicos de seu corpo físico. (E sistemas médicos não biomédicos têm sido, desde os primórdios da Antropologia da Saúde, fundamentais para abalar o essencialismo biológico, e.g. Hahn, 1980; Langdon, 1994 e 1991). Mesmo que essas parteiras (geralmente, o principal personagem responsável por fazer sentido do parto e de seus desdobramentos positivos ou não) considerem elementos “aprendidos” nos cursos, uma mulher passa mal, morre e/ou perde seu bebê também por vários outros motivos relacionados com sua conjugalidade, família, vizinhança etc. Um bebê de pé ou uma consulta de pré-natal que não foi cumprida pode ajudar a explicar o *parto difícil* de Acácia. Mas a ausência da mãe, do marido e das *puxações* sucessivas também. Por outro lado, há problemas vividos por uma parturiente que não são necessariamente relacionados ao seu parto, mas que vêm à tona nesse momento. Beatriz tinha medo de cirurgias, Nara reavivou vários dos conflitos que vinham permeando seu casamento, Acácia explicitou a dificuldade de criar os filhos sem a ajuda da família.

Parece que Acácia e Josiane acreditavam que, mais uma vez, seriam capazes de parir com sucesso, mesmo que acontecesse em casa, mesmo que fosse *difícil* como os anteriores. E aqui repousa um diferencial importante quando se analisa as condições entre o parto domiciliar e o hospitalar. As mulheres, geralmente múltiparas, julgam conhecer um repertório finito de eventos que seus corpos já enfrentaram. Mulheres e parteiras não ignoram a possibilidade de complicações, mas acreditam no que seus corpos conseguem fazer e acreditam que juntas serão capazes de resolver os desdobramentos inesperados. Eis uma importante idéia que surge dos casos acima: Josiane e Beatriz não consideraram a casa como uma “falta de opção”. Estas mulheres, suas famílias e suas parteiras acreditavam que ter seus filhos em casa era uma realidade normal, comum, possível e desejada. Este dado contraria a opinião da biomedicina que geralmente caracteriza o parto domiciliar como uma prática residual que breve e necessariamente será extinta em lugar de mais infra-estrutura hospitalar e profissional (Silva, 2004: 185). Acácia, ao contrário, ficou em casa por “falta de opção”. Uma

má avaliação de todos os fatores que, combinados, eliminaram a casa como alternativa para seu parto. E o fato de desconsiderar que as parteiras e a rede social local são personagens importantes na avaliação desses fatores, Acácia enfrentou uma noite difícilíssima, perdeu o filho e ainda foi alvo de acusações. Ela teve que assumir certa responsabilidade no ocorrido pelo fato de não eleger a “etiqueta obstétrica local” como eficiente alternativa para tentar compensar os vários fatores externos que lhe dificultariam a gravidez e o parto. A casa, em Melgaço, é geralmente o local preferido para o parto (como foi visto na Tabela 1), mas em casos excepcionalmente complicados, a casa é excluída como alternativa.

Terceiro, quando há problemas, nem sempre as parteiras e suas pacientes os percebem como os médicos ou os cursos de capacitação o fazem. Entre as enfermeiras e médicos do Posto e da Unidade de Saúde da cidade, obesidade, pressão alta, diabetes, anemia são os sinais observados para indicar que um parto seja hospitalar. Quando eu perguntava às parteiras o que era “perigoso” ou “arriscado” em seu trabalho (para ficarmos apenas com os *aperreios* físicos e concretos), D. Dinorá e suas colegas notavam que, durante a gestação de uma paciente, barriga não *puxada*, *dores tortas*, *sangramentos*, *mofineza*, *passamentos*, tremores, por exemplo, são motivos para recorrer ao hospital. São variáveis que, agravados por uma mulher *sozinha* e *pobrezinha*, ajudam a compor uma *situação complicada* (e não somente uma gravidez ou parto *complicado*). Mas esses fatores não são suficientemente “perigosos” para que uma mulher receba, dos profissionais biomédicos, um *encaminhamento* da Unidade para parir em Breves. E, inversamente, quando as enfermeiras apontavam uma gestação gemelar, um bebê *atravessado* ou multiparidade, por exemplo, como justificativa de um parto hospitalar, as mulheres, suas famílias e parteiras achavam insuficiente para justificar passar pelas filas, auxiliares e solidão da Unidade ou pela custosa viagem até Breves ou Portel.

Quarto, além de percepções diferentes do que seja a idéia de “risco”, notei como uma mesma mulher pode ter seu parto interpretado de formas distintas. E, aqui, trago dois exemplos da diferença de foco do trabalho de parteiras e profissionais biomédicos. As primeiras tendem a colocar a ênfase na mulher; enquanto os segundos, no bebê. D. Dina resolveu levar Beatriz para o hospital porque a moça tinha a *pente muito fechada* e já fizera uma cesariana anteriormente. Chegando a Portel, o médico resolveu interná-la porque o *bebê estava em sofrimento, estava torto e era muito grande*. Parece que as parteiras priorizam e se especializaram em observar as manifestações do parto **sobre a mulher**, enquanto os profissionais de saúde estão mais preocupados com a saúde e os sinais emitidos pelo **feto**.⁸⁴

⁸⁴ “Os objetivos desenvolvimentistas de demógrafos e economistas parecem mais direcionados para os problemas da população e o bem-estar das crianças do que para os ‘recursos humanos’ das mulheres”. Em seu

Outras pesquisas têm mostrado essa diferença de foco. Mendez-González e Cervera-Montejano (2002) encontraram que, nas áreas rurais do México, nos casos de partos vaginais, as complicações maternas – como ruptura e infecção perineais, hemorragia pós-parto, infecção pós-episiotomia, flebite por soro, infecção puerperal e morte – acontecem em dobro no cenário hospitalar. Ao passo que as complicações neonatais – onfalite, conjuntivite, traumas obstétricos, pneumonia ou broncoaspiração e morte – acontecem nove vezes mais freqüentemente em casa. Castañeda-Camey *et al*, por exemplo, mostram que, entre as 35 parteiras entrevistadas no estado de Morelos, no México, nenhum admitiu ter perdido uma parturiente, mas 30% relataram mortes neonatais (1996: 203). Em Melgaço, encontrei cenário semelhante. Entre as parteiras, lembrava-se de vários *bebês perdidos* ou que *nasceram mortos* (como, posteriormente, se referiram ao filho de Acácia), ao passo que uma ou duas mulheres que pereceram no parto foram recordadas. As parteiras que *perderam mulheres* ficaram estigmatizadas pelas demais. Todas, mesmo sem ter participado diretamente do ocorrido, sabiam repetir em detalhes a morte dessas mulheres em termos de data, cenário e personagens, sucessão de acontecimentos, erros da parteira, omissão dos serviços públicos etc. É a saúde da mulher que tem prioridade.

E, depois do parto, como nenhum hospital oferece, as parteiras, substituindo a puérpera enquanto *quarenta*, ajudam a lavar as roupas, o chão e as redes da casa – itens de difícil trato e fundamentais para que a família continue a funcionar e ser respeitada coletivamente. Caso contrário, se o resguardo de 40 dias não for cumprido, os partos podem *subir para a cabeça* dessas mulheres, que correm o risco de *ficarem loucas e/ou mofinas para sempre*. Essas conseqüências comprometem a saúde individual e social dessas mulheres e por isso tanto *perigo* repousava nesse período. Tanto nos *partos para casa* quanto nos *partos para hospital*, o resguardo precisa ser observado e eu notava como as parteiras conseguiam com mais facilidade que suas pacientes seguissem seus conselhos nessa fase de pós-parto do que na de pré-parto. Por mais que as parteiras oferecessem, como foi visto no Capítulo 2, um atendimento pré-natal específico com as *puxações* e visitas constantes, sua atuação no pós-natal era também fundamental e consistia num diferencial dentro do quadro de alternativas obstétricas disponíveis às mulheres de Melgaço (como Whitakker, 1999, também notou na Tailândia).

artigo, Jolly (2003) comentou sobre a histórica ênfase sobre o “I” em detrimento do “M” na política de Saúde Materno-Infantil das grandes agências de desenvolvimento (Unicef, OMS, ONU etc.) e dos ministérios da saúde que implementam as resoluções internacionais.

4.5.2 Os locais de parto como “territórios sociais”

Portanto, vistos os partos de Josiane, Beatriz, Nara e Acácia, parece que, dentre as alternativas disponíveis, dois lugares para parir são preferidos e ambos não são gratuitos. Isto é, parir em casa e pagar a parteira ou parir em uma cidade vizinha e custear a viagem até lá. Tudo isso para evitar a Unidade. Vejamos as duas possibilidades em mais detalhe. Primeiro, o pagamento formal à parteira (em espécie, serviço ou mercadoria) é uma prática ligeiramente controversa localmente (como foi visto no Capítulo 3). Embora se reconheça que as parteiras mereçam receber alguma coisa pelo seu trabalho, nem sempre os partos são pagos. Não pagar pelos serviços da parteira significa que esse marido dificilmente poderá contar com a mesma num parto seguinte, dado que a relação de confiança entre ambas as partes se desestabiliza. Embora alguns estudos sobre parteiras afirmem que a “clientela” das mesmas é formada por “gestantes com poucas possibilidades econômicas” (Bessa, 1997: 69), meus dados, assim como os de Viana, colhidos no município de Breves (s/d: 6), mostram que as parteiras de Melgaço atendem mulheres pobres (sobretudo, as *de trás* da cidade), mas isso não significa que estas não tenham dinheiro ou intenção de pagar. Teoricamente, planejar um parto em casa significa separar o *dinheiro da parteira* (ou a forma de pagar) desde os primeiros meses de gestação. No segundo caso, apelar para um hospital vizinho (em Breves, Portel, Macapá ou Belém) demandava conseguir dos profissionais que realizavam o pré-natal em Melgaço uma justificativa para não ficar na Unidade.⁸⁵ Superestimar as idéias de “risco” enunciadas no Postinho, valorizar a presença de parentes nas cidades vizinhas e *operar* (ou seja, uma cesariana seguida de esterilização tubária) eram algumas dessas justificativas.

Em uma de nossas conversas, Josiane disse: “Só as mais pobrezinhas é que vão para Unidade” (DC, 20/11/2005). Parece que são as mulheres sem dinheiro algum, sem redes sociais locais e sem o amparo de uma parteira que apelam à Unidade. Notei, por exemplo, que mais primíparas (em relação àquelas que já tinham filhos) procuravam a Unidade e, não coincidentemente, elas tendiam a ser mulheres *sozinhas e pobrezinhas*. Explico-me. Notei um certo padrão reprodutivo entre as mulheres de Melgaço. Em geral, a primeira gravidez de uma

⁸⁵ Eu sempre ouvia que “A Unidade é pra encaminhar, não resolve nada”. Quer dizer, a cidade reconhece ser preciso acionar a Unidade com antecedência para que os casos difíceis possam ser *encaminhados* até Breves ou Portel, tempo do qual somente Beatriz (e não mais Acácia) dispunha. Mirtes, outra paciente de Dina, já tinha conseguido – semanas antes de completar as 40 semanas de gestação – um *encaminhamento* para um parto em Breves. Quando lhe perguntei quem lhe atenderia o parto, disse “Primeiramente, Deus. Depois, Irmã Dina. Se tiver qualquer problema, eu já posso ir pro hospital” (DC, 08/09/2005). Ela disse que o documento se tratava de um *encaminhamento preventivo*. Dina me explicou depois, a caminho de casa, que Mirtes havia tido muita hemorragia e queda de bexiga nos seus sete partos anteriores. D. Dinorá tinha sugerido à Mirtes que conseguisse esse *encaminhamento* e, assim, as parteiras poupavam a si e a suas pacientes de complicações em casa.

mulher acontece ainda na adolescência, resultando de namoricos informais e dificilmente o rapaz, jovem e desempregado, assume o filho, a casa e o casamento. A moça fica morando com sua família. Em geral também a família lhe sustenta a contragosto tanto porque a moça perdeu sua “honra” quanto porque deixaram de ganhar um genro que contribuísse com o sustento doméstico. Quase nunca a moça tinha barganha o suficiente (por ter contrariado sua família e por não ter marido nem emprego) para ser atendida pela parteira de sua predileção e terminava, desamparada e inexperiente, na Unidade. É bom lembrar que *mulheres de primeiro filho* geralmente demoram mais para dilatar e expulsar o feto e nem sempre os profissionais têm o tempo e a disposição para acompanhar de perto esse processo. A sensação de solidão tende a ser maior por conta disso. Já a segunda gestação dessa moça seria fruto de um namoro ou casamento mais sério, inclusive com a criação de um núcleo doméstico independente de sua família e a assunção de seu primeiro filho pelo mesmo ou um novo companheiro. Nesse contexto, essa mulher optaria por uma parteira porque teria algum recurso e autonomia e, sobretudo, más lembranças do sufoco que enfrentara sozinha com o médico ou, mais provavelmente, com os auxiliares na Unidade. Esse ciclo reprodutivo local, que envolve mulheres jovens, parentes e afins, maridos e padrastos, também ajuda a entender quando a casa ou o hospital passa a ser cenário para o parto.⁸⁶

Assim, as moças *sozinhas* e *pobrezinhas* tendiam a ser o principal público da Unidade. Mas, como Goreti (filha caçula de D. Dinorá) e Beatriz comentaram acima, nos hospitais vizinhos, abusos e solidão também são enfrentados. Assim, quando uma mulher passa por uma primeira gravidez *complicada* e precisa recorrer ao hospital, tenta evitar a Unidade e ir para Breves ou Portel. Mas na próxima gestação, mesmo *complicada*, tenderá a ficar em casa (e talvez esse quadro também tenha motivado Acácia a evitar o hospital). Por isso, eu encontrava tantos motivos entre estas mulheres para evitar o hospital e tantas explicações para relativizar um *parto difícil*, diminuir seus *perigos* e transformá-lo num “parto domiciliável”. Parece, portanto, que o serviço de pré-natal tem colaborado para aumentar o perfil de “risco” das gestações e hospitalizar alguns desses partos, sobretudo aqueles que, pela primeira vez, vão acontecer no cenário hospitalar. Mas mulheres como Beatriz e Nara, que já haviam parido em hospitais, só voltariam para essa opção se não houvesse como mudar o status de *dificuldade* de seu prognóstico obstétrico. Tanto as *sozinhas* e *pobrezinhas*, quanto as *complicadas* tentariam, da próxima vez, ficar em casa: as *sozinhas* tenderiam, no próximo

⁸⁶ Além disso, tendiam a procurar a Unidade moças que, embora não fossem primíparas, haviam recentemente chegado à cidade por terem se casado com rapazes locais e aí só contavam com o apoio de afins (como no caso de Beatriz, por exemplo).

parto, a estarem casadas e amparadas por alguma rede local; as *pobrezinhas* tentariam, de alguma forma, mobilizar recursos com o marido, a família e/ou a vizinhança, para pagar a parteira; e as *complicadas* fariam um esforço para *facilitar* seu parto. Nos casos de *partos difíceis*, o drama particularmente se acirra quando a paciente e sua família não têm dinheiro para viajar ou pagar a parteira e nem a parteira, ciente dos riscos, aceita atender a mulher. O resultado pode ser o que aconteceu com Acácia que não tinha nem tempo, dinheiro ou redes de apoio para procurar um hospital. Se não fossem as parteiras, vizinhas e cunhada, possivelmente teria perdido a vida junto com o filho. E as parteiras, que geralmente não negam *assistir* quem lhes procura, acabam por atender os partos mais *difíceis*, como D. Dinorá me resumiu um dia, “Eu faço sempre assim, minha filha. Sempre é difícil. Muito difícil encontrar parto fácil” (DC, 12/10/2005).

As mulheres *da frente*, que contam com mais recursos, também preterem a Unidade e vão parir, preferencialmente, em Belém e Macapá, como me lembrava D. Dina: “Essas pessoas com mais dinheiro não chamam as parteiras. Vão tudo pro hospital” (DC, 21/11/2004). Como visto na Tabela 1, a procura pelos hospitais de Belém triplicou nos últimos três anos. Islene, esposa do Secretário de Educação, me disse, aos cinco meses da segunda gravidez, “Acho que vou ter em Belém ou em Breves. Aqui não tem recurso. Oxigênio, operação se precisar. Não sei se vai ter algum problema, alguma risco, né?” (DC, 15/11/2005). E nos hospitais públicos de Breves e Portel, elas tenderão a ser melhor tratadas porque, suspeito, os profissionais de saúde avaliariam o ônus de se indispor com quem elas mantêm vínculos mais estreitos (personagens como funcionários públicos, prefeito, comerciantes etc.). Além disso, por conta das mesmas redes, essas mulheres geralmente têm parentes, casa e transporte nessas cidades vizinhas. D. Dinorá resumia para mim o perfil de quem acionava os hospitais vizinhos: “No hospital, vão deixar ela lá sozinha para ela deixar de ser mole. As pessoas com dinheiro são bem recebidas no hospital de Breves. Mas quem não tem nada, passa bem baixo” (DC, 27/11/2004). E Scavone nos ajuda a entender este depoimento de D. Dina. Segundo ela, as mulheres rurais do Maranhão que entrevistou, reconheciam que, em comparação à casa, havia *mais recurso* no hospital, mas também sabiam que os *recursos* tendiam a ser designados às mulheres de classes mais altas (1985: 49).

Assim, como esse capítulo pretendeu demonstrar, o local do parto informa muito sobre as relações entre personagens, práticas e poder. O espaço onde parir era classificado em alternativas hierarquizadas de forma distinta para cada público:

- para as moças *de trás sozinhas*: 1º: Unidade; 2º: casa; 3º: hospitais vizinhos;

- para as moças *de trás* não *sozinhas*: 1º: casa; 2º: hospitais vizinhos; 3º: Unidade;
- para as moças *da frente*: 1º: hospitais das capitais; 2º: hospitais vizinhos; 3º: Unidade; 4º: casa.

Aquelas com capital material e social são hospitalizadas. Aquelas que contam apenas com capital social na forma de redes de apoio são atendidas pelas parteiras e, no caso de *partos difíceis*, recorrem a Breves e Portel. E, as desprovidas de qualquer tipo de capital acabam procurando a Unidade. Quer dizer, quanto menos *sozinha* e mais recursos, mais haverá a possibilidade dessa mulher escolher o local onde parir. Essas idéias relativizam não só as definições correntes de “pobreza”, mas também a identificação da casa como uma “falta de opção” para parir. E, ao notarmos o trânsito e a discussão das mulheres *de trás* (mas *da frente* também) sobre esses diferentes espaços para parir, fica claro como considerar os postos, unidades e hospitais é uma tentativa de **ampliar o leque de alternativas disponíveis** (como Morton, 2003, notou entre as mulheres de Tonga⁸⁷) e, sobretudo, como cada uma dessas alternativas constitui o que Fiedler (*apud* Whitakker, 1999: 225) denominou de “**territórios sociais**”, com dimensões próprias de, por exemplo, poder, bem-estar e *agency*. A casa permanece como principal opção, porém, mais e mais, estas mulheres e suas parteiras traçam formas de transitar por outros espaços sem que os valores locais sejam completamente usurpados.

⁸⁷ “Claramente, as mulheres de Tonga vêem o modelo ocidental como uma forma de aumentar suas opções. Apesar de sua opinião avassaladoramente negativa de certos aspectos deste sistema tal como existe em Tonga, a maioria delas aceitou o cuidado pré-natal e o parto medicalizados como parte da vida”. “Clearly, Tongan women view the Western model as a way of increasing their options. Despite their overwhelmingly negative assessments of certain aspects of that system as it exists in Tonga, the majority have accepted medicalized antenatal care and childbirth as a part of life” (2003: 52).

CAPÍTULO CINCO

Quem sabe não mede.

Quem não sabe mede três dedos.

Legitimidade e autoridades em disputa entre parteiras



Parteiras da região de Melgaço se reúnem a frente da sede de sua Associação, em fase final de construção, em fins de 2005.

Desejo terminar nossa discussão voltando para a influência dos cursos de treinamento, associações comunitárias, bolsas de material sobre a vida e prática das parteiras em Melgaço. Insistimos que estes itens não devem ser vistos como algo estranho à vida local, trazendo alguma ruptura entre o “tradicional” e o “moderno”, mas sim como mais um elemento a ser computado nas interações sociais e nos conhecimentos das pessoas. Dialogando com uma tendência romântica (presente em certos documentos de intervenção) de encarar as parteiras como um grupo homogêneo, parte de uma comunidade espontaneamente solidária, colocaremos a ênfase aqui na heterogeneidade do grupo, nas hierarquias e disputas internas e como a atuação de ONGs, instituições governamentais, eventos e viagens são computados pelos atores desse universo. É nesse capítulo que esperamos tirar pleno proveito do debate teórico sobre *authoritative knowledge* (Jordan, 1993 e 1997) para entender como as diferentes formas de conhecimento competem, informando a prática das parteiras. Assim, logo depois de descrever o contexto amplo da chegada e atuação de ONGs e outras forças de intervenção na vida das parteiras, recuaremos no argumento para o lado mais “local” – às hierarquias internas e atitudes rivais das diferentes parteiras – para vir caminhando na direção da influência desse contexto de intervenção.

No Capítulo 2, vimos como, ao visitar pela primeira vez Silvana, D. Dinorá foi acompanhada de D. Jajá, outra parteira da cidade. Na volta da casa da moça, observei como as duas discutiram o tamanho da barriga, a *teimosia* da criança e as melhores soluções para apaziguar aquela família. No Capítulo 3, vimos como muitas parteiras de Melgaço haviam começado seu trabalho na convivência com uma parenta parteira ou, depois de um *parto no susto*, recebiam o escrutínio da parteira da região. Algumas *não haviam sido ensinadas*, outras admitiam *ter tido o caminho mostrado*. No mesmo capítulo, também notei que, em casos de doença, viagem ou ausência por conta de um curso, uma parteira poderia *passar o serviço* para outra colega. (Um curso pode durar até uma semana. Mas uma viagem pode ser curta, como quando no mesmo dia D. Dinorá ia até Breves fazer compras, ou mais longa e até com retorno imprevisível, por exemplo, quando ia visitar uma filha *buchuda* no interior ou um parente doente do outro lado da baía). Nos assuntos econômicos, estas mulheres tentavam, juntas, boicotar *mal pagadores* e *partos afiados*, socializando informações sobre as *lobas* tomadas. E, no Capítulo 4, no parto de Acácia, observamos como três parteiras se reuniram para tentar salvar a vida da moça e seu bebê.

Havia, portanto, variadas ocasiões em que opiniões e serviços eram compartilhados pelas parteiras de Melgaço. Além de terem o trabalho em comum, muitas delas eram vizinhas, parentas e comadres. D. Dina e D. Maria tinham casado seus filhos e, nos tempos da pesquisa,

ajudavam a sustentar a criança, já que o casal havia se separado. D. Pequenina era tia de duas noras de D. Dinorá. D. Benta tinha *aparado* filhos de D. Dinorá e, sendo ambas católicas nessa época, a primeira batizou estes filhos da segunda. Mais recentemente, D. Dina e D. Julieta eram da mesma igreja e aos domingos caminhavam juntas para o culto matutino. Muitas participavam das reuniões do grupo da terceira idade, organizado pela prefeitura. A maioria se reunia mensalmente na casa da Associação das Parteiras Tradicionais de Melgaço para discutir a falta de material na Unidade de Saúde, as atividades para angariar recursos ou a participação no próximo curso de treinamento.

Como visto, as variadas oportunidades de apoio mútuo e solidariedade se estendiam por muitos outros assuntos e searas, além do cenário obstétrico. No presente Capítulo, passarei então a discutir algumas das principais tensões que também estavam presentes em seu cotidiano. Dentre elas, notei que participar ou não dos cursos foi um dos principais focos de discórdia ou, pelo menos, era uma poderosa metáfora para tal. Se no Capítulo 3, os cursos de treinamento foram apenas mencionados para que pudéssemos discutir sua influência sobre a polêmica do pagamento do partejar, aqui, além de contextualizá-los melhor, veremos como são apropriados pelas parteiras, sobretudo em sua permanente disputa por legitimidade neste campo de trabalho. Assim, na primeira parte, situarei os cursos de treinamento que, desde 1998, vêm acontecendo na cidade e suas redondezas, depois apresentarei outras duas parteiras bastante significativas de Melgaço e suas relações com D. Dinorá para, por fim, alinhar uma última análise sobre esse cenário obstétrico não oficial, no que diz respeito à definição ontológica do termo “parteira”.

5.1 A contextualização do confronto atual de saberes: Organizações internacionais, ministérios da saúde nacionais e e ONGs regionais

A fim de entender o lugar dos cursos nas disputas locais, desejo rapidamente contextualizá-los numa esfera mais ampla, já que não se originam nem se limitam ao cenário de Melgaço. Agências internacionais como a ONU, a OMS e a UNICEF têm recomendado os treinamentos de parteiras há várias décadas (Rozario, 1998: 144) e, mais expressivamente a partir dos anos 1950, têm produzido documentos para “orientar” as autoridades sanitárias terceiro-mundistas sobre como aproveitar essa mão-de-obra “culturalmente apropriada”, “barata” e “participativa” (Velimirovic e Velimirovic, 1981; Greenberg, 1982; Parra, 1993; Pigg, 1997; Tornquist e Lino, 2005). Em geral, os cursos são **uma** dentre várias estratégias

para diminuir a mortalidade materna e neonatal (Abouzahr, 1997: 262) e não visam estimular necessária e diretamente o parto domiciliar, mas capacitar as parteiras para práticas “mais limpas” e “menos perigosas” e convencê-las de encaminhar “casos complicados” para os hospitais das redondezas. Há uma idéia geral de que as parteiras têm utilidade provisória enquanto a hospitalização não for universalmente democratizada (Parra, 1993: 1322). Desde as primeiras iniciativas, a OMS desempenhou um papel ideológico central na adoção e alastramento de treinamentos de parteiras por todo mundo.⁸⁸

Os antropólogos Velimirovic e Velimirovic (1981), Stephens (1992) e Rozario (1998) recapitularam esta atuação. A OMS, desde a década de 1950, relacionou a assistência à maternidade com o treinamento de “trabalhadores auxiliares”. Dos anos 1960 aos 1970, sua preocupação era com as transformações demográficas e as parteiras foram tidas como um personagem central para convencer as mulheres pobres a limitar sua fertilidade (e até hoje, em muitos kits de material, camisinhas e pílulas anticonceptivas são incluídas). Em 1974 e 1979, aconteceram importantes encontros inter-regionais, nas Filipinas e no México, respectivamente, que geraram dois documentos referenciais (Verderese e Turnbull, 1975; OMS, 1979), “que foram também suplementados em 1981, quando a OMS publicou uma série de estudos de caso sobre o uso e o treinamento de TBAs⁸⁹ [Mangay-Maglacas e Pizurki, 1981]” (Stephens, 1992: 811). Em 1986, a OMS publicou outro manual técnico (Maglacas e Simons, 1986) que “introduziu nove avaliações de programas de treinamento de TBAs e ressaltou o número de problemas enfrentados por gestores que procuravam operacionalizar a aliança entre o atendimento tradicional, o partejar alopático e a prática obstétrica” (Stephens, 1992: 811). Todos seus escritórios regionais implementaram treinamentos-piloto nesta época. E, desde então, várias iniciativas semelhantes têm sido desenvolvidas (e.g. Safe Motherhood Initiative).

Apesar dos sucessivos investimentos em documentos e cursos, muitas mulheres continuam morrendo e/ou perdendo seus bebês em decorrência da gravidez, do parto e do puerpério, em casa e nos hospitais. Estas agências reconhecem que “a maior parte das mortes

⁸⁸ Os treinamentos começaram em diferentes momentos. As primeiras iniciativas são encontradas, por exemplo, no México em 1926 (Parra, 1993), nas Filipinas em 1954 (Mangay-Angara, 1981) e na Guatemala, em 1955 (Kelly, 1955; Cosminsky, 1977). Iniciativas semelhantes se espalharam por vários outros países e a OMS esteve sempre presente na forma de documentos, eventos, material, financiamentos, pessoal técnico etc. (e.g. Jordan, 1989; Greenberg, 1982; Stephens, 1992; Pigg, 1997; Rozario, 1998; Hincapié e Valencia, 2000).

⁸⁹ Uma outra função importante da OMS tem sido cunhar os termos deste cenário. *TBA*, ou seja, *traditional birth attendant*, foi usado por muito tempo como o termo mais “geral” para “parteira”. Recentemente, a OMS vem sugerindo que se adote *skilled birth attendant* (*SBA*), já que se acredita que a mortalidade materna e neonatal só diminuirão com a contribuição de mão-de-obra **capacitada** pelo modelo biomédico. Para uma excelente discussão sobre como conceitos criam políticas, ver Pigg (1997).

e incapacidades infantis e maternas são preveníveis através de atendimento de alta qualidade, detecção e encaminhamento eficiente de complicações e acesso efetivo aos elementos de cuidado obstétrico essenciais, se necessários” (Goldman e Gleit, 2003: 686). Porém, também se reconhece que uma “maternidade sem riscos” depende de um conjunto coordenado de ações não absolutamente biomédicas como, por exemplo, “atenção pré-natal, treinamento de parteiras tradicionais, critério de risco como estratégia para reduzir a mortalidade materna, prós e contras do parto hospitalar e domiciliar e uso de determinadas tecnologias” (Abouzahr, 1997: 262). E também é preciso “enfrentar a pobreza, o analfabetismo e a discriminação – causas subjacentes dos [índices de mortalidade e morbidade]” (Rozario, 1998: 167). Até hoje, a OMS e a UNICEF sugerem contar com parteiras e “terapeutas populares”, mas a estratégia permanece sendo o que denomino como o “princípio da falta”, no que concerne a prática e o conhecimento desses trabalhadores, e a “intenção de incorporação” no sentido de aproximá-los da biomedicina. “É assim que estas parteiras são vistas e descritas pela OMS, e é a partir desta concepção – seu ‘não-saber’ ou seus ‘saberes’ não modernos – que se argumenta pela necessidade de ofertar os cursos de capacitação de parteiras *leigas* ou *tradicionais*” (Tornquist, 2004: 217).

Ao que se sabe, no Brasil, os primeiros treinamentos para parteiras começaram ainda na década de 1940 com a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (hoje Fundação Nacional de Saúde) nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Minas Gerais (Mendonça, 2004).⁹⁰ Ainda no nível governamental, nos meados da década de 1970, o médico José Galba de Araújo, do Ceará, realizou vários treinamentos-piloto com projeção internacional nas publicações e eventos da OMS, por exemplo (Tornquist, 2004: 216-17).⁹¹ Também, durante esse tempo, freiras, enfermeiras e representantes das pastorais religiosas ofereceram oportunidades pontuais de capacitação às parteiras que atendiam em casa e nos postos de saúde (Cf. Costa, 2002).

⁹⁰ É preciso considerar também os cursos obstétricos profissionalizantes que começaram a se estruturar no país nos séculos XIX e XX. Para tanto, sugiro ver os interessantes trabalhos de Mott (1999 e 2001).

⁹¹ “Obstetra, professor da Faculdade de Medicina do Ceará e fundador da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Galba Araújo iniciou nesta instituição um trabalho de ‘simplificação do parto’, na contracorrente da obstetrícia tecnologizante dos anos 70. Segundo relatos de ativistas de humanização, e em função de seu trânsito em outros países, Galba logo se tornou conhecido fora do país, tendo sido um interlocutor importante da OMS. Ele introduziu uma série de iniciativas para humanizar a assistência hospitalar – que seriam chamadas de humanizadoras – e criou um programa de atendimento primário de saúde em áreas rurais, nos quais as parteiras tinham um papel importante. Também realizou cursos para estas parteiras, provavelmente de forma diferenciada dos demais cursos existentes cuja Cartilha é referenciada pelo trabalho do [Instituto Partejar]. Sua atuação foi responsável pela inclusão de parteiras na Maternidade e criação de Casas de Parto comunitárias, que contribuiu para seu reconhecimento no exterior” (Tornquist, 2004: 216-217).

Recentemente, as parteiras têm se tornado foco de políticas mais amplas no país. E a cidade de Recife, PE, e o movimento social de mulheres têm ganhado proeminência nesses avanços. Nas últimas duas décadas, Recife tem se destacado como, a meu ver, a “meca do feminismo” pelo fato de reunir uma grande quantidade de ONGs e movimentos sociais que vêm contribuindo significativamente com o amadurecimento de discussões e ações concretas em prol do bem-estar geral das mulheres.⁹² Uma das questões compartilhadas por várias militantes e entidades dessa “meca” tem sido a insatisfação com o trato de seus corpos e bebês pelos profissionais, instituições e políticas de saúde. Como reação, surgiram algumas iniciativas mais específicas e, dentre elas, o Instituto Partejar, uma ONG feminista criada em 1989 por terapeutas, profissionais de saúde e educadoras em prol de *humanizar o parto e o nascimento*. Além disso, Tornquist (2004: 225), que também realizou parte de sua etnografia dentro da mesma ONG, acrescenta,

os trabalhos do grupo são expressão de um entendimento entre uma prática do feminismo histórico no Brasil, um feminismo de base, ligado ao campo da saúde e da sexualidade e que vem atuando no campo dos movimentos sociais e nas lutas populares e de uma vertente mais contemporânea do feminismo que tem crescido no Brasil nas últimas décadas: o eco-feminismo ou feminismo esotérico, ambos bastante expressivos na região Nordeste.

Neste mesmo período, estava se consolidando o Sistema Único de Saúde, uma estrutura idealmente ampla, gratuita e capilarizada de atenção à saúde. E ONGs como o Partejar foram centrais na pressão por políticas de saúde que contemplassem as especificidades das mulheres. O SUS, portanto, não podia ignorar o significativo índice de partos domiciliares e estas ONGs, afinadas com o movimento mais amplo de humanização da saúde (Cf. Tornquist, 2004), exigiram que as mulheres tivessem garantido seu direito de parir em casa e que suas atendedoras estivessem cada vez mais “aptas” a oferecer essa opção.

Nos quadros do Instituto, já passaram várias militantes com perfis profissionais diversos. Atualmente, a entidade conta, em sua coordenação técnica, com uma socióloga, uma enfermeira e uma massoterapeuta e outras três pessoas que estão a cargo das tarefas administrativas. Nos primeiros anos, a ONG se dedicou a realizar palestras e pequenos *workshops* em maternidades públicas, bairros periféricos e grupos de mulheres sobre alternativas de parturição menos *intervencionistas* e mais *humanas*. Realizavam, inclusive, partos domiciliares nas casas da classe média recifense. No início dos 1990, o Instituto Partejar

⁹² Para uma contextualização mais aprofundada desse cenário em Recife, ver o segundo capítulo de Bonetti (s/d).

abriu uma nova frente: conhecer e incentivar o parto domiciliar em casas menos abastadas, principalmente, no interior de Pernambuco. Era inevitável, portanto, que encontrassem parteiras e a ONG passou a se especializar na capacitação destas trabalhadoras.⁹³ Geralmente, o treinamento acontecia durante dois ou três dias em uma só cidade, mas reunia parteiras de vários municípios vizinhos.

A acumulação destas iniciativas pontuais, num diálogo cada vez mais intenso entre o movimento social e a esfera federal, contribuiu para que o Ministério da Saúde, em 1991, criasse o Programa Nacional de Partejas Tradicionais (PNPT) que passou, então, a organizar uma agenda de atividades como reuniões consultivas, treinamentos, publicações etc. Como lembrou Tornquist, o PNPT

acontece num contexto diferenciado daqueles que os antecederam: de um lado, tem-se a consolidação de uma estratégia de parcerias por parte de organismos internacionais, estimuladora de parcerias e participativismo entre governos e movimentos sociais e/ou ONGs, de outro, a expansão do neoliberalismo com seus programas de ajuste estrutural para países ditos em desenvolvimento (2004: 220).

Como decorrência do PNPT, em 1993, Pernambuco se motivou a organizar um Programa Estadual de Partejas Tradicionais (PEPT), com o apoio financeiro do Ministério da Saúde, Japan International Cooperation Agency, UNICEF e Universidade Federal de Pernambuco. O Instituto Partejar e o Planeta Placenta (outra conhecida ONG que atua na mesma frente e está sediada em Olinda, PE) foram contratadas não apenas para treinar parteiras no interior, mas também treinar e *humanizar* os profissionais de saúde da Secretaria Estadual de Saúde. O objetivo era que estes últimos passassem a ser *multiplicadores*⁹⁴, pelo menos na supervisão das parteiras treinadas e reposição de material para as mesmas. Em 1996, com três anos de funcionamento, o PEPT tinha treinado parteiras em 77 dos 185 municípios de Pernambuco (Arquivos Partejar, 2004). Este programa estadual serviu de exemplo para a criação de estrutura similar em outros estados do país, como o Acre e o Pará, como intuito principal de descentralizar as ações do Ministério da Saúde. Em um de seus documentos de referência, a ONG explicou que “o objetivo é estabelecer um modelo de referência para programas de partejas tradicionais (qualificação técnica, associação política e articulação com o sistema de saúde); incentivar a articulação e a organização profissional das

⁹³ Nesta mesma época, em vários países, volumosos investimentos e intensa reflexão se voltavam para treinamentos correlatos, como mostraram alguns antropólogos, por exemplo, Greenberg (1982), Brink (1982), Davidson (1987), Jordan (1989), Scheepers (1991), Alto *et al* (1991), Stephens (1992), Parra (1993), Jeffery e Jeffery (1993), O'Rourke (1995), Castañeda-Camey *et al* (1996), Pigg (1997).

⁹⁴ A idéia de *multiplicador* é muito encontrada em outros movimentos sociais. Bonetti por exemplo, encontrou o uso da mesma categoria no trabalho de capacitação de Promotoras Legais Populares, em Porto Alegre (2000).

parteiras tradicionais; e integrar os trabalhos das parteiras com o sistema de saúde local”.⁹⁵ Encontros anuais de parteiras têm sido organizados de forma concomitante com o propósito de reunir parteiras para confraternizar, promover uma identidade coletiva e amadurecer posições políticas como, por exemplo, a constituição de associações de parteiras e sua participação ativa nos conselhos e secretarias municipais de saúde, hospitais e postos de saúde etc.

A partir de 1997, o Partejar foi convidado pelo Ministério da Saúde a terceirizar seus cursos para parteiras. Treze novos estados, em quatro regiões do país, foram incorporados pouco a pouco: Pará, Amazonas, Amapá, Acre, Roraima, Bahia, Paraíba, Maranhão, Ceará, Alagoas, Minas Gerais, Goiás e Mato Grosso. Nos estados da Amazônia Legal, as parteiras indígenas e, em Goiás e Minas Gerais, as parteiras com ascendência quilombola tornaram-se o foco dos cursos.

E assim, os cursos voltados às parteiras foram retomados com mais força na década de 1990, como uma política pública do Ministério da Saúde, dentro do PNPT e fortemente influenciados pelos preceitos feministas e humanizadores. Comento rapidamente como um curso é organizado. O Ministério da Saúde divulga para todos os estados as principais atividades do PNPT: o cadastramento das parteiras, a realização de cursos e a distribuição de bolsas de material e do *Livro da parteira* (Ministério da Saúde, 2000a). Mas “o programa de capacitação pressupõe a adesão voluntária de prefeituras e regionais de saúde: um curso, para ter início, requer a comprovação de que além de interesse, há efetivamente parteiras atuando na região” (Tornquist, 2004: 226). Geralmente, o MS entra com o respaldo político do PNPT, parte da logística material (os livros, a alimentação e a hospedagem durante o evento) e a remuneração e passagens dos recursos humanos. As secretarias estaduais financiam as bolsas para as parteiras e os municípios, além de convidar as participantes e autoridades sanitárias locais, devem disponibilizar o local e o transporte até os cursos. E, depois do curso, as SMS devem também garantir a reposição do material dos kits. A ONG está a cargo da organização da ementa didática do curso e a definição da mão-de-obra técnica. Quer dizer, é necessária uma articulação governamental em três níveis, regional, estadual e federal, e uma parceria com as ONGs e movimentos sociais locais (Tornquist, 2004: 227).

Os principais objetivos dos cursos são, em linhas gerais: a) conhecer o perfil das parteiras e do atendimento por elas oferecido (idade, estado civil e prole, como começaram,

⁹⁵ In “Proposta e intervenção a partir da integração entre universidade, serviço e movimento social: Modelo de qualidade de assistência obstétrica visando à redução da morbimortalidade materna e perinatal” (Arquivos Partejar, 2004).

quantos partos fizeram, se foram treinadas e receberam kits, se conhecem outras colegas na região, se contam com o apoio das SMS etc.); b) anatomia reprodutiva do corpo feminino; c) importância do pré-natal; d) sinais biomédicos de complicação e risco na gravidez, parto e puerpério; e) mapeamento da geografia e infra-estrutura de saúde para traçar um *plano de referência*, nos casos de *partos complicados*; f) higiene pessoal (lavagem das unhas, dedos, mãos e braços e calçamento das luvas); g) distribuição de kits⁹⁶, *Livro da parteira*⁹⁷, camisetas, certificados, ajudas de custo e diárias; h) exemplos de outras associações de parteiras e fomento da “identidade de classe”.⁹⁸



Uma das primeiras atividades dos cursos, a representaçãoêmica da anatomia reprodutiva feminina em peças de argila.



A dramatização de como fazem o parto em suas regiões. Vemos a parteira ensinar a parturiente como *soprar na mão* para ajudar a parir o *resto*.



Depois da atividade com a argila, da aula teórica expositiva e do contato com as réplicas da anatomia humana, pintam, no *Livro da parteira*, o útero, os ovários, a placenta etc.

⁹⁶ Na bolsa de material, ou *kit*, constam os seguintes itens: duas tesouras, caixa de inox para guardar a tesoura limpa, escova e sabão para lavar as mãos, gaze, um par de luvas de látex descartáveis, lanterna, sombrinha, bacia de inox, lençol de plástico, fio para amarrar o cordão, *pinard*, balança com alças, três fraldas, fita métrica e uma camiseta com os logotipos das instituições envolvidas (Diário de campo, 30/09/2004). Outras pesquisas sobre cursos também encontraram conteúdo muito similar (e.g. Greenberg, 1982; Faust, 1989; Parra, 1993; Pigg, 1997).

⁹⁷ Ver Ministério da Saúde (2000a e 2000b). Ver também Tornquist (2004: 230-232) e Jordan (1993: 169-197) para detalhadas descrições etnográficas de cursos no Brasil e no México, respectivamente.

⁹⁸ Esta ementa é muito similar aos cursos para parteiras em outros países, como mostram Pigg (1997) no Nepal, Alto *et al* (1991) na Papua Nova Guiné, Greenberg (1982) na Guatemala, Mani (1980) na Índia, Beeman e Bhattacharyya (1978) no Irã. Não é de se estranhar que bolsas de material e conteúdos programáticos dos cursos sejam padronizados pelo mundo, afinal atestam para a dimensão da influência e autoridade de agências como a OMS e a UNICEF.

Hoje, pode-se dizer que o PNPT e o Instituto Partejar contam com três frentes antigas e bastante desenvolvidas de trabalho: interior de Pernambuco, Arquipélago do Marajó no Pará e norte de Minas Gerais.⁹⁹ Já que essa tese se concentra na região do Pará, vale retomar rapidamente o histórico dessa segunda frente de trabalho. Em 1998, a ONG Partejar foi convidada a integrar um conjunto de ações que o Museu Emilio Goeldi, de Belém, vinha empreendendo com a população residente na Floresta Nacional (FLONA) de Caxiuanã, que está localizada dentro do município de Melgaço (Ferraz *et al*, 2002; Ferraz, 1999; Silva, 2006). Técnicos do Museu notaram que havia muitas parteiras na região e decidiram oferecer-lhes um primeiro curso de treinamento, como estratégia de aproximação e integração, para diminuir os índices de mortalidade materno e neonatal e, ao mesmo tempo, contornar a inexistência de assistência hospitalar na região. “Naquela oportunidade, as parteiras foram indicadas, pelas comunidades, para participar do seminário, por serem **lideranças comunitárias**” (Ferraz *et al*, 2002: 137, ênfase minha), exatamente como Beeman e Bhattacharyya (1978) comentaram na Introdução desta tese. Outro desdobramento desta iniciativa foi “a coleta de depoimentos das parteiras, constituindo um material de resgate à memória de técnicas e da história de vida dessas parteiras” (Ferraz, 1999: 86), em sintonia com a motivação de algumas pesquisas da Enfermagem e da História, como pontuei também na Introdução. Depois disso, muitos eventos aconteceram na região da FLONA, sempre com o casamento de recursos e intenções do Museu Goeldi, da SESP, do Ministério da Saúde e do Instituto Partejar e a Unicef.



Uma das últimas atividades dos cursos é a elaboração coletiva de um mapa que represente a região onde o grupo de parteiras atende, identificando, principalmente, os serviços de saúde disponíveis, as distâncias e os meios de transporte até lá. A partir do mapa, as parteiras são estimuladas a pensar num plano de referência para os casos de *partos difíceis*.

⁹⁹ Tornquist (2004), em sua pesquisa sobre o movimento de humanização do parto e nascimento no Brasil, etnografou e dedicou um capítulo inteiro de sua tese aos cursos oferecidos nos municípios do Vale do Jequitinhonha, MG.

Depois destas primeiras iniciativas na FLONA, o Instituto Partejar passou a ser melhor conhecido nesta região do estado e algumas SMS locais começaram a demandar cursos e discussões semelhantes em seus municípios. Nestes últimos anos, a ONG visitou 21 vezes as cidades de Melgaço, Breves, Portel, Bagre, Currealinho e Gurupá (Arquivos Partejar, 2004).¹⁰⁰ Vários tipos de atividades foram realizados durante essas viagens, como foi estimado na tabela abaixo:

Tabela 1
Atividades realizadas pelo Partejar na 8ª RPS, 1998-2006

Tipo de atividade	Quantidade de eventos
Cursos de treinamento para parteiras	16
Reuniões de articulação política com SMS, RPS, SESPA, Museu Goeldi, UNICEF, parteiras, administradores de hospitais	16
Reuniões com associações de parteiras	7
Cursos para multiplicadores do programa de parteiras	6
Cursos de humanização do parto e nascimento para profissionais de saúde dos hospitais e das SMS	4
Reuniões para a criação de comitês municipais de estudos da mortalidade materna	4
Reuniões com membros dos comitês municipais de saúde	3
Encontros regionais de parteiras	3
Cursos de sensibilização de ACS	2
Capacitação das equipes de vigilância epidemiológica	2
Visitas aos hospitais municipais	2

Fonte: Arquivos Partejar

Ao todo, conforme pude apurar nos Arquivos Partejar e em documentos das SMS de Breves e Melgaço, mais de 500 parteiras foram treinadas, dezenas de auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicos foram *humanizados* e, junto com secretários, conselheiros de saúde e demais gestores públicos, ajudou-se a criar políticas locais para a inclusão das parteiras na atenção básica dos municípios. Há um grande e rico acúmulo de discussões, negociações, aprendizados e atividades sobre o parto domiciliar na região e o Partejar foi protagonista ativo e central nesse cenário. Por isso, essa porção do Pará se destaca, junto com o Acre e Minas Gerais, como pólo-piloto das ações desta ONG e é tido como experiência modelo pelo PNPT.

¹⁰⁰ O Pará é dividido em regionais de proteção social (RPS). A 8ª RPS é composta por estes seis municípios mais Anajás, único em que o Partejar não chegou a realizar ações em benefícios das parteiras.

5.2 *Parteiras jovenzinhas, antigas e aposentadas: Uma hierarquia à base da prática*

Uma pesquisa quantitativa sobre o perfil das parteiras de Melgaço foi realizada recentemente (Sacramento, 2005) e, aqui, pode nos ser útil para traçar um panorama inicial do grupo das 22 parteiras que atuavam na área urbana do município. A amostra do pesquisador considerou 20 parteiras urbanas e 4 da área rural ou ribeirinha. Três parteiras tinham até 40 anos, 10 estavam entre 41 e 60 anos e 11 já tinham mais de 61 anos (*ibid*: 19). Somente nove desse grupo tinha estudado até a terceira série primária (*ibid*: 20). Uma metade era dona de casa e, a outra, agricultora.¹⁰¹ A grande maioria era casada, enquanto cinco se disseram separadas e outras cinco, viúvas (*ibid*: 22). Possivelmente nenhuma dessas mulheres tenha casado formalmente em cartório, já que o amasiamento era a regra comum de coabitação. O importante é notar que nenhuma se classificou como solteira. Somente quatro destas mulheres tinham até cinco filhos. Oito tinham entre 6 a 10 filhos, nove, entre 11 e 15 filhos e três parteiras tinham mais de 15 filhos (*ibid*: 25). Como vimos no Capítulo 3, um dos requisitos para se tornar parteira é ter a experiência do casamento e da maternidade. Quanto à renda dessas mulheres, uma alegou que não contava com qualquer renda. Dez manejavam até um salário mínimo, outras dez viviam com dois, e apenas três contavam com a entrada de três salários mínimos em casa (*ibid*: 24). Possivelmente, estas eram as parteiras casadas ou viúvas em que o casal era aposentado pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). Como vimos no Capítulo 3, outras fontes de renda comuns eram os *benefícios* na forma da Bolsa Família, Agente Jovem, Bolsa Escola etc. Este perfil coincide com a maior parte das mulheres que compõem as famílias e a clientela dessas mulheres. Pouco estudo, donas de casa e agricultoras, casadas e com muitos filhos.

Quatro parteiras começaram a *aparar crianças* entre os 10 e 20 anos de idade; duas entre os 21 e os 30 anos; 16 já tinham entre 31 e 40 anos e duas já passavam dos 41 anos de idade quando *pegaram seu primeiro filho de umbigo* (*ibid*: 31). Nessa trajetória, a maioria tinha realizado até 100 partos (15 respondentes) e somente cinco estavam na marca dos 101 a 200 partos (*ibid*: 32).

Antes de passarmos aos exemplos que escolhi para discutir a relação entre algumas das parteiras de Melgaço, gostaria de apresentar a classificação nativa que pode nos ajudar a entender como havia diferenças entre elas e como, em seus próprios termos, acomodavam-nas

¹⁰¹ Infelizmente, aqui, o questionário utilizado não contemplou a possibilidade da simultaneidade de atividades. Vimos, no Capítulo 3, como a maior parte das mulheres coordenava suas atividades em casa com suas tarefas na roça e outros biscates (como, por exemplo, vender *chope*, costurar, *puxar* barrigas etc.).

em sua convivência diária. De fato, havia muitos fatores que poderiam contribuir para o prestígio de uma mulher – o fato de ser casada, de ter um marido trabalhador, de ter filhos escolarizados, de ostentar um nível de vida mais confortável etc. Mas vimos que a disputa em torno da legitimidade da parteira se dava em outro patamar, em torno da idéia de sua capacidade técnica.

Assim, conforme os dados de Sacramento e pelo que já foi visto em capítulos anteriores, muitas mulheres dessa região têm alguma experiência obstétrica mínima, mas só algumas delas se destacam realmente como parteiras. Referidas como *parteiras antigas*, *velhas* ou *idosas*, estas eram as mulheres com centenas de partos no currículo, com muita demanda de trabalho e geralmente já perto dos 60 anos. D. Dinorá, D. Tetéia, D. Dandara, D. Mirna, D. Lavínia e D. Marilda eram, à época da pesquisa, as *parteiras antigas*, conhecidas por toda cidade de Melgaço e com uma média de dois partos por mês (especialmente os três primeiros nomes). Há dois outros tipos de parteiras, as *jovenzinhas* e as *aposentadas*. Vejamos estes dois grupos com mais vagar.

As *jovenzinhas*, com talvez até meia dúzia de partos realizados, são também chamadas de *parteiras verdes* ou *novas*. Era o caso de Julieta, Nininha e Sandra, que estavam abaixo dos 40 anos e não eram ainda tratadas como *senhora* ou *dona*. As *jovenzinhas* têm menos experiência obstétrica e, portanto, **sabem** menos, como explicou D. Dandara: “A parteira nova não decifra onde tá todo os ingredientes da criança” (DC, 12/11/2005). Quer dizer, a *jovenzinha*, ao *puxar* uma *buchuda*, não é capaz de identificar o tamanho, sexo, posição do feto, por exemplo. Como foi descrito no Capítulo 2, *puxar* é uma **forma de saber** fundamental para qualificar a atuação de uma parteira, para que ela possa *decifrar* uma realidade obstétrica, um *aperreio* específico.

Uma tarde, enquanto D. Dinorá terminava sua tarefa escolar e eu registrava acontecimentos em meu diário, lhe perguntei se as parteiras que atendiam pouco (como as *novas*) poderiam ser consideradas parteiras. Ela soltou uma bela gargalhada e respondeu:

É, minha filha, eu já pensei nisso. Muitas são parteiras só no nome, né? Eu também já pensei se elas podem participar da Associação mesmo se atendem pouco. Eu já conversei com as meninas [do Instituto Partejar] sobre isso, e acho que podem sim. Eu, se eu ficar um ano sem atender, eu não vou mais atender não. É como estudante. Se você passa um ano sem estudar, quando você volta, você esqueceu tudo. Vamos supor: você passou na terceira série e parou de estudar. Aí, você quer voltar a estudar e acha que pode ficar na quarta série. Vai dar com a cara na porta. Vai ter que voltar pra terceira série. O trabalho de parto é como se fosse um estudo. Cada parto que você faz é uma experiência nova que você pega. É como uma nova prova que você faz. Tem prova difícil, tem prova que você tira fácil (DC, 21/11/2005).

Assim, pelo que entendo dos depoimentos de D. Dandara e D. Dinorá, somente quando as *parteiras juvenzinhas* passarem a atender mais e, com isso, ganharem experiência prática – essa espécie de *estudo*, segundo D. Dina – é que vão começar a ascender ao status de *parteira antiga*. E acrescento, é necessário que tendam a acertar seus diagnósticos e que não *percam mulher*. Até lá, se continuarem a atender pouco, permanecerão como *parteiras juvenzinhas* por muito tempo até serem esquecidas como uma provável atendente disponível e serão, como diria D. Dina, *parteiras só no nome*.

Até pouco tempo, D. Pequenina morava no interior, onde havia atendido alguns partos. Em Melgaço, só depois de passar por quatro cursos e ganhar uma “madrinha”, seu nome começou a circular: “A Dinorá já me conhecia de Caxiuanã. Foi ela que contou pra cidade que eu sou parteira” (DC, 27/11/2004). Pequenina e Zica, ambas com cerca de três dezenas de partos realizados e com mais de 50 anos, estavam realmente na transição do status de *parteira juvenzinha* para o de *idosa* (ou *antiga*). Quando D. Dinorá, por exemplo, teve que viajar para um encontro de parteiras em Pernambuco, visitou cada uma de suas pacientes para avisar da ausência temporária e para indicar as duas parteiras como possíveis substitutas. Ao recomendar estes nomes, reforçava a ascensão de Zica e Pequenina no quadro obstétrico não oficial da cidade. Como nem sempre as *antigas* estavam disponíveis, a tendência era que algumas das *juvenzinhas* fossem chamadas para atender, se tornassem um pouco mais conhecidas e paulatinamente substituíssem as primeiras. Por outro lado, D. Antonia, D. Ronalda, D. Jajá e Zélia, apesar de perfil semelhante ao de Pequenina e Zica – poucos partos e idade suficiente para serem *antigas* – não seguiam o mesmo trajeto deste segundo grupo e talvez demorassem mais ou jamais chegassem ao lugar de D. Dinorá, por exemplo. Encontrei moradores que nem sabiam, por exemplo, que Zélia e D. Jajá eram parteiras. Ter alguma experiência de *aparar menino* não significa necessariamente ser identificada como “parteira”. Uma mulher se auto-proclamar como “parteira”, atender um parto aqui ou ali e participar de alguns cursos não é suficiente para que seja conhecida, pela vizinhança a fora, como tal. Estas últimas quatro parteiras – D. Antonia, D. Ronalda, D. Jajá e Zélia – tendam a ficar *só no nome*.

Algumas podem ter esse trabalho reconhecido num curso, como foi o caso de D. Pequenina. Contudo, para outras nem os cursos são suficientes. Uma tarde, eu estava usando um dos poucos orelhões em funcionamento na cidade. Uma senhora passou com uma travessa cheia de *chopes* recém embalados. Eu não resisti e perguntei se estavam à venda. Disse que sim e me convidou para experimentá-los. Enquanto eu tomava um *chope de cupu*, meu

favorito, conversei com ela e sua filha. Depois que souberam do teor de minha pesquisa, a mãe disparou: “Essa minha filha sempre quis ser parteira, ela já fez todos esses cursos da cidade. Ela assistiu alguns partos com a irmã Dinorá e aprendeu a amarrar o umbigo” (DC, 21/11/2005). Eu levei um susto: estava na cidade há meses, tinha mapeado e visitado todas as parteiras locais, mas nunca tinham me indicado essa moça, eu nunca tinha conhecido um de seus *filhos de umbigo*. E assim, percebi que nem todas as moças interessadas no ofício seriam identificadas como *parteiras* e, muito menos, alçariam o posto de *antigas*. Os cursos podem ajudar nessa ascensão, mas não a garantem. E, de fato, de todas as *parteiras juvenzinhas* que eu havia conhecido, somente Zica e Pequenininha vinham se destacando com algum aumento de “clientela” depois dos cursos. Como dito acima, elas se encontravam num momento de transição e, pelo fato de D. Dinorá estar lhes amadrinhando nesse processo, outras parteiras próximas desta última tendiam a reproduzir sua opinião. O que eu notava, em geral, é que quem atendia muito antes dos cursos, assim continuou depois dos mesmos. E estas eram todas mulheres com mais de 50 anos e com um vasto “currículo”. Ao que parece, só depois de certa idade é que as *verdes* entravam no rol de candidatas à *parteira antiga*. E mesmo assim, só algumas destas se tornariam realmente *famosas*.

Além das *juvenzinhas* e *antigas*, vejamos o terceiro tipo. De certa forma, as *parteiras aposentadas* são todas *antigas*, isto é, são seniores em termos etários e técnicos, muito conhecidas e com amplo lastro de atendimentos. E até um passado recente, estavam atuando. Porém, em virtude, sobretudo de problemas de vista e locomoção, reumatismo e senilidade, não têm mais condições físicas de continuar enfrentando a *labuta dos partos*. Mas seu renome era facilmente lembrado por toda comunidade e, portanto, continuavam *famosas*, porém geralmente inativas. Esse era o caso de D. Benta, D. Camila, D. Ramira, D. Socorro. Outras, como D. Denise, D. Miúda, D. Deuselina, tinham sido *parteiras idosas* no interior, mas ao migrarem para Melgaço, sua experiência não se alastrou ao ponto de lhes manter na ativa. A mudança de *paragem* lhes diminuiu bastante o serviço. Algumas pessoas mais atentas à movimentação gerada pelos cursos perceberam que D. Miúda, por exemplo, tinha participado de um par dos mesmos. Só então se ficava sabendo que era ou, ao menos, tinha sido parteira. As *parteiras aposentadas* queriam continuar sendo lembradas e reconhecidas pela sua contribuição à população e muitas manifestavam interesse nos cursos e nas reuniões da associação (especialmente quando havia almoço, distribuição de material obstétrico ou a presença de algum visitante).

Interessante notar que todas as categorias usadas têm por base o **saber obstétrico** (angariado pelo *dom*, experiência prática, a *herança*, os cursos etc.), a **quantidade de partos**

e a **idade** da parteira. As categorias são fluidas o bastante, contudo, para combinar esses critérios que nem sempre são proporcionais. Por exemplo, uma parteira pode ter enfrentado logo no início de sua carreira poucos partos, mas todos muito *difíceis*. Outra parteira, como D. Dinorá e D. Tetéia, pode ter acumulado centenas de partos, com ou sem *aperreio*, e já estar entre 60 e 70 anos de idade. Ambos os casos podem ser classificados como parteiras *famosas*, mas só aquelas no segundo grupo serão também *antigas*. Idade não corresponde exatamente ao status, mas ajuda a localizá-lo. Há *parteiras antigas* com menos de 60, há *parteiras verdes* com 20 ou com mais de 40.

Assim, só para visualizarmos a discussão até aqui empreendida, criei uma tabela tentativa e provisória que tem por intuito resumir a classificação que era dirigida às 22 parteiras da cidade:

Tabela 2.
Parteiras de Melgaço, classificadas à base da prática

<i>Parteiras só de nome</i>	<i>Jovenzinhas, novas ou verdes</i>	<i>Novas em ascensão ao status de antigas</i>	<i>Antigas</i>	<i>Antigas que escolheram se aposentar</i>	<i>Antigas que foram aposentadas</i>
Antonia	Julieta	Pequenina	D. Dinorá	D. Benta	D. Miúda
Ronalda	Sandra	Zica	D. Tetéia	D. Camila	D. Diva
D. Jajá	Nininha		D. Dandara	D. Ramira	D. Deuselina
Zélia			D. Mirna	D. Socorro	
			D. Lavínia		
			D. Marilda		

Outras pesquisas também notaram distinções internas ao ofício. Tornquist, por exemplo, percebeu que, dentre as parteiras do nordeste mineiro, havia aquelas com uma “missão” (“a partir de uma noção de dom e vocação, são reconhecidas como parteiras experientes”, 2004: 213), com um “ofício” (“não tendo tanta experiência e dom, costumam atender os partos mais simples e encaminhar os demais, seja à outra parteira, seja ao hospital”, *ibid*) e aquelas que “devem ajudar uma mulher” em “caso de emergência”, chamadas de “parteiras de ocasião” (*ibid*). Numa analogia tentativa com o cenário em Melgaço, as primeiras seriam as *parteiras antigas* (ou *idosas*), as segundas, aquelas *em ascensão ao status de antiga*, e as últimas, as *parteiras jovenzinhas* e até, talvez, as *parteiras só de nome*. A autora também encontrou outros termos, como *curiosa*, *aparadeira*, *parteira eventual*, apesar de não se aprofundar em suas especificidades. Passemos agora para a repercussão desse quadro em suas práticas cotidianas e em suas relações com outras colegas, com os profissionais de saúde e os visitantes a Melgaço.

Temos aqui uma visão “nativa” da hierarquia das parteiras, avaliadas à base da antiguidade na profissão, experiência prática, idade cronológica etc. Com os dois seguintes exemplos, pretendo agora entender como, dentre vários fatores, os cursos de treinamento vêm interferir nessa hierarquia. Onde estas mulheres têm mais ou menos aceitação? Como modificam eventualmente a hierarquia? Como definem a competência profissional?

5.3 Os cursos de formação entram em cena: Dois exemplos para pensarmos as relações entre as parteiras de Melgaço

5.3.1 D. Tetéia: Uma *parteira antiga* que preferia ignorar os cursos

Assim que cheguei a Melgaço, ouvi dizer que D. Dinorá e D. Tetéia eram as duas parteiras mais procuradas para atender partos, fazer *puxações*, ajudar em *aperreios* ginecológicos. Quando perguntei à minha anfitriã quem era essa outra afamada parteira, D. Dina começou assim: “[Ela] mora pra lá, ela nunca quer participar de treinamento, acha que não precisa aprender mais nada” (DC, 20/11/2004). Levei um susto. D. Dinorá, naqueles meus primeiros dias, ainda não havia tecido qualquer comentário negativo em relação às pessoas da cidade. D. Tetéia *morava pra lá* e, por isso, atendia a metade direita da cidade (de quem olhava a cidade a partir da linha do rio), enquanto D. Dinorá se encarregava do outro lado.¹⁰² E, em seguida, D. Dina concluiu a frase: “É, eu já fui convidar ela duas vezes para participar de reunião, de curso. Ela fica falando lorota. Diz que o que ela aprendeu é pro resto da vida. Diz que antes de existir essa coisa de reunião, ela já trabalhava. O marido dela não gosta que ela fique; não tem quem faça nada na casa dela – ela dá as desculpas dela” (DC, 08/10/2005). Uma tensão existia entre as duas e, naquele momento, se fazer presente ou não nos cursos de treinamento parecia ser uma importante forma de demonstrar isso.

Semanas depois, quando pedi que D. Dinorá me contasse de outras parteiras na cidade, no sentido amplo, ela se ateve, novamente, à D. Tetéia:

Vou te contar uma história para você entender quem ela é. Foi assim. O rapaz tinha falado para eu fazer o parto da mulher dele. Foi o dia que deu a dor na Olívia também. Como eu tava lá [com Olívia], ele foi chamar a Tetéia. Quando foi de tarde, ele disse pra eu ir lá. Ela tava aperreada e nada de ter o filho. A Tetéia tava lá e não dizia nada.

¹⁰² Na divisão espacial do trabalho, uma terceira parteira, também dita *antiga*, D. Dandara, também ganhava destaque. Ela atendia os partos na rua do Moconha (uma espécie de *rua de trás* simbólica que ficava geograficamente *na frente*). Talvez D. Dandara não tenha sido *chamada* por Silvana (Capítulo 2), por exemplo, que vivia ali no Moconha, porque naquele momento estava em viagem. Vizinhança, como tantas vezes tenho apontado nessa tese, é um dos critérios importantes para se escolher e *contratar* uma parteira.

Eu fui pra lá. Cheguei lá e a mulher tava deitada lá, se esforçando e nada. Eu disse, “Bora, minha filha, levanta. Deixa eu te ajudar. Vamos dar uma caminhada”. Caminhou, caminhou até que disse que não podia mais. Essa moça era muito esparrenta. Eu fiquei segurando por trás e a D. Tetéia pegou o menino. (...) **Elas fazem assim, querem que a mulher tenha o filho antes da hora de nascer.** (*ibid*, DC, 08/10/2005, ênfase minha)

Aqui, D. Dina me revelava que ambas já haviam atendido partos juntas. Então, a rusga não existia desde sempre; ou, de outra forma, as rugas talvez permanecessem – e até se pronunciavam – ao longo dos *aperreios* que precisavam de mais outra atendente. *Partos difíceis* demandavam que uma segunda ou até terceira parteira fosse chamada a ajudar. Geralmente, não se negava esse apelo, mesmo quando havia atritos entre elas.

D. Dinorá também ficava sabendo da concorrente pelos comentários alheios. Algumas mulheres haviam sido atendidas por D. Tetéia bem como por outras parteiras, antes de baterem à porta de D. Dina (e vice-versa, por certo). Como visto no Capítulo 3, troca-se de atendente por vários motivos, como conflitos entre as duas famílias, diferenças de estilos e preços, proximidade geográfica, disponibilidade, migração etc. Assim, algumas das pacientes de D. Dina à época da pesquisa já haviam passado pelas mãos de D. Tetéia e era inevitável que minha anfitriã avaliasse o atendimento oferecido pela parteira anterior. Uma noite, uma moça veio pedir para D. Dinorá *lhe puxar*. Assim que saiu, a parteira comentou comigo, “Essa daí está grávida de três meses. Ela me procurou para eu puxar ela. Ela me disse que sentia uma bola de sangue dentro do corpo. Era gravidez mesmo. É a terceira gravidez dela. A Tetéia disse pra ela que não era gravidez” (DC, 27/11/2004). Saber se a mulher estava grávida e do quê exatamente (bebê humano, *encantado*, *cobra de duas cabeças* etc.) era muito importante porque a vida da mulher poderia ser poupada se algo “estranho” fosse identificado com antecedência suficiente e, ao acertar o diagnóstico completo, esta parteira tendia a atender esse parto e ampliar sua clientela. E assim, as informações sobre a outra parteira vindas de fonte primária (observações diretas feitas durante partos compartilhados) ou secundária (das bocas e ventre de pacientes que transitavam entre diversas parteiras) serviam para que D. Dinorá conhecesse melhor suas colegas e, ao serem passadas adiante, serviam para *lhe diferenciar* e sobrepor às concorrentes.

Notei, também, um segundo bloco de comentários de D. Dinorá sobre a colega. Várias vezes, ela me disse que a casa de D. Tetéia era *imunda*. “Eu já fui em casa de outras parteiras. Tem umas mais sujas ainda. D. Tetéia, agora não sei, porque mudou de casa, pra uma casa quase toda de alvenaria. E naquela que você conheceu, tá morando o filho dela. Mas aquela era bem imunda” (DC, 09/09/2005). Essa frase me foi dita em circunstância interessante, que

nos ajuda a localizar como D. Dinorá classificava de forma ambígua a concorrente. Num curso de alimentação infantil, D. Dina e eu ouvimos a secretária de saúde dizer que seria capaz de conhecer uma pessoa pela limpeza da cozinha e do banheiro de sua casa. De noite, eu não podia deixar de perguntar à D. Dina sua opinião sobre tal comentário. Ela começou dizendo que sua própria casa não ficava arrumada como gostaria “porque agora é muita gente e tudo fica revirado o tempo todo” (*ibid*). Mas, logo em seguida, lembrou que a esposa do pastor de sua igreja, a esposa do prefeito e D. Tetéia também tinham casas *bagunçadas* e *sujas*. D. Dina reconhecia que poderia ser julgada pela situação de sua própria casa, mas não sem colocar em questão a casa de três mulheres que, para ela, estavam dotadas de proeminência na cidade. Por mais que D. Dina tentasse desvalorizar D. Tetéia pela *sujeira* de sua casa, ao agrupá-la com a esposa do pastor e a primeira dama, sua tentativa não era de todo exitosa. Era num cenário de destaque que ela localizava a concorrente.

Um outro exemplo nesse sentido nos ajuda a perceber o quadro de tensão entre as duas parteiras. Outro dia, na Unidade de saúde, eu e D. Dina conversávamos com uma enfermeira. Ela estava falando sobre as visitas domiciliares dos agentes de saúde. Eu lhe perguntei quais eram os principais problemas encontrados entre os moradores visitados. Esperava algum tipo de doença, como amebíase, diabetes, pressão alta e me surpreendi quando a enfermeira disse: “É falta de higiene, mana. Teve um surto de meningite na casa da D. Tetéia. Os ACS foram lá pra lavar toda a casa dela com água sanitária. Ela espantou todo mundo com um terçado. Eu saí correndo de medo. Ela não deixou ninguém limpar a casa dela” (DC, 08/09/2005). Mas D. Dinorá não se assustou com a informação e passou a reproduzi-la, sempre que precisava se contrastar da outra parteira. Pelo que eu entendia, *casas sujas*, além de denegrirem a respeitabilidade de seus proprietários, também atraíam *doenças*. E era D. Tetéia a escolhida por D. Dina para ilustrar essa correspondência.

Em minhas andanças pela cidade, pela sala de espera do hospital e corredores da prefeitura, conheci muitas moças que haviam parido com a assistência de D. Tetéia. Então, minha curiosidade em conhecê-la só crescia. Por toda a cidade, sabia-se que eu morava com D. Dinorá e numa volta do mercado, cruzamos com a outra parteira pela primeira vez. As duas parteiras não se cumprimentaram como era praxe entre conhecidos – um longo e agudo “Uuui!” seguido de perguntas sobre a trajetória da caminhada, a família e os últimos afazeres – apenas trocaram um aceno de cabeça. Só na terceira vez que lhe visitei, ainda em 2004, me atendeu. Eu a encontrei estendendo roupas lavadas no varal à frente de sua casa de taipa. Ela pareceu um pouco hesitante a princípio e depois soltou um sorriso tímido. D. Tetéia era uma mulher na faixa dos 60 anos, pele maturada pelo sol, cabelos brancos soltos à vontade.

Grandes olhos brilhantes e as sobrancelhas bem pretas lhe davam um ar sombrio, quase amedrontador. Estava com um vestido de fundo preto, de bolinhas brancas e abotoado na frente. A roupa acentuava o aspecto *noir* desse personagem.

Ela me convidou a entrar. “Vamos aproveitar que o meu velho tá pra roça e vamos bater um papinho aqui dentro”. Passamos pela lateral da casa e entramos pelos fundos. Sua casa era maior do que a de D. Dinorá, mais equipada com eletrodomésticos, cômodos, móveis. Na sala, ela conversou comigo por quase duas horas de forma muito amável e serena. Como D. Dina, ela era chamada para desenrolar *partos difíceis*, numa clara expressão de sua ascendência sobre as demais atendedoras:

Eu tenho vergonha de entrar quando tem outra parteira. Mas, uma vez me chamaram. A coisa tava complicada e me chamaram. Eu cheguei e vi a outra parteira. Ela dizia para mulher, “Essa besta tá levando tempo demais para ter esse filho”. Eu fiquei de lado, não queria me meter no trabalho da outra. Mas a coisa não andava. Aí, eu falei pra parteira, “A senhora deixa eu puxar a mulher?”. O problema é que não tava na hora e ela já tava pedindo para a moça fazer força. Não ia sair nunca. Quem sabe não mede. Quem não sabe, mede três dedos. Eu levantei a moça e fiz ela caminhar. Andou até não dar mais conta. Pediu para deitar e eu ajudei ela a deitar. Foi ela deitar que o menino começou a nascer. Eu deixei a parteira pegar. Eu não tenho imbição. Ela ficou mordida, mas depois ela ficou bem comigo. (DC, 29/11/2004)

Nessa narrativa D. Tetéia me ajudou a entender o valor do **saber**. *Quem sabe, não mede*, quer dizer, a parteira experiente não precisa contar a centimetragem da dilatação ou a minutagem das contrações. *Quem sabe*, não precisa **quantificar** o parto. Basta conhecer aquela *buchuda*, tocar e *puxar* sua barriga, observar o grau de seu *aperreio*. Basta ter experiência para saber. E, nesse trecho, notei duas importantes semelhanças com D. Dinorá. Primeiro, o **saber** diferencia as parteiras e, claro, nem sempre esse saber provém dos cursos (e, mesmo se provier, nem sempre é necessário ou estratégico admiti-lo). Segundo, *quem sabe* não precisa competir com outra parteira, nem passar na sua frente para atender uma paciente, nem correr para terminar o serviço (i.e. *pegar o menino, cortar o umbigo*, passar para o peito da parturiente). *Quem sabe* não precisa alardear sua disponibilidade já que sua capacidade facilmente ser divulgada de boca em boca pelas pacientes satisfeitas à futuras pacientes. Assim, *quem sabe* não precisa ter *imbição*, explicou D. Tetéia. E, terceiro, sua ajuda nesse parto é estruturalmente idêntica à ajuda que D. Dinorá lhe ofereceu no parto por ela descrito acima. Como vimos, ao final do seu depoimento, D. Dina ensinou, “Elas fazem assim, querem que a mulher tenha o filho antes da hora de nascer” e D. Tetéia, nesse último depoimento, repetiu quase o mesmo, “A parteira tava querendo que ela fizesse força antes da hora”. Por

mais que diferenças estivessem sendo traçadas entre elas, quando tive chance de conviver com ambas, me pareceu atuarem de forma muito semelhante.

A fama sisuda e misteriosa de D. Tetéia foi se dissipando. Neste ano, voltei mais uma vez para me despedir e, no ano seguinte, tornei a vê-la. Ela já não mais morava na casa de madeira. No terreno ao lado, uma casa de tijolos e telhas havia sido erguida. Faltava o reboco, a pintura e a cerâmica no piso, todos itens muito valorizados na cidade. D. Tetéia ascendia a olhos vistos, talvez como resultado de um ano profícuo em partos, talvez como resultado dos bons contatos que mantinha com as *peessoas da frente* (uma de suas filhas, por exemplo, era casada com o secretário municipal de obras). Ao entrarmos por dentro da casa, ela foi me mostrando o que planejava para cada espaço. Até banheiro interno ela havia previsto. Porém, dessa vez, ela estava menos acessível. Quando chegamos aos fundos, ela continuou a tratar o peixe que o neto havia pescado, enquanto eu e seu gato branco lhe observávamos atentos à beira do jirau da cozinha. Respondeu-me de forma pontual, quase telegráfica. Dessa vez, eu já não me sentia bem vinda e me despedi assim que ela lavou as mãos e passou ao fogão de lenha. O jantar precisava ficar pronto e eu não queria ser um estorvo.

Nestas conversas, descobri que ela sabia exatamente quem tinha feito cursos do Instituto Partejar (“Já ouvi falarem dos cursos em Caxiuanã. Teve uma vez que eu escorreguei e não fui. Nestes tempos, nunca morreu ninguém na minha mão”), que a Associação se reunia mensalmente, que na ocasião em que D. Zica ficou doente, a Associação lhe emprestou dinheiro para chegar até Belém, que havia uma expectativa de “sair um pagamento pras parteiras na prefeitura” etc. Sabia dos bastidores deste coletivo, embora nunca tivesse estado presente em uma reunião. Além disso, ela tinha livre trânsito pelo hospital local, inclusive para apanhar material obstétrico (“Aplico injeção para dor para quem não tem dor, pra dor torta, quando acaba de ter o filho e também pra parar hemorragia. Eu pego tudo na Unidade”¹⁰³), incentivava que fizessem suas consultas de pré-natal (“Eu digo pra elas fazerem o pré-natal, mas nem todas fazem. As que têm filho dizem que tiveram os filhos sem pré-natal, então para que fazer o pré-natal no próximo filho? É importante fazer porque algumas têm albumina, aquelas doenças”) e sabia até do subaproveitamento de medicamentos e recursos (“Esses dias queimaram muita injeção vencida na Unidade”). Contudo, talvez porque conhecesse os limites da Unidade, talvez porque soubesse das críticas que espalhavam a seu

¹⁰³ As parteiras me explicavam que algumas mulheres *não têm dor*, isto é, há contrações uterinas, mas não são identificadas como dores específicas nem como sinais de que a criança está a caminho. *Dor torta* são as dores pós-parto, geralmente associadas à expulsão da placenta ou à ressaca corporal, especialmente muscular, que segue todo o trabalho de parto. Embora se espere que uma puérpera tenha alguma sensibilidade depois do parto, as *dores tortas* geralmente preocupam as parteiras, sempre temerosas de hemorragias, *passamentos*, fraqueza etc.

respeito, D. Tetéia não encaminhava partos para o hospital: “Eu nunca levei mulher para o hospital. Nunca foi preciso. Se elas querem ir, elas vão sozinhas. Se querem levar, levam. Eu é que não vou. Não tem precisão. Eu não posso ir porque tem outros partos aqui. Tô contratada e não posso deixar minhas pacientes. E fora as que aparecem de surpresa”.

D. Tetéia certamente precisava ser relativizada. Ela não era avessa a todo contato com a biomedicina e seus representantes, como me era alegado por D. Dina e algumas enfermeiras. Ela conhecia bem as outras parteiras, principalmente as *antigas*, e sabia das críticas que lhe direcionavam. E, em minha última visita, ouvi dela:

A minha vontade é largar esse serviço de parto. É que falam muito mal de mim. Não gosto disso de jeito nenhum. Eu faço meu trabalho direito. Por que reclamam? Só porque eu não faço os cursos. Eu não quero fazer. Eu já fiz em Santarém.¹⁰⁴ Já sei o que devo e não devo fazer. Me deixem trabalhar! A Dina e a Mirna é que falam mal de mim. Eu não falo delas. Eu acho que vou parar como esse trabalho. Eu não gosto que fiquem falando de mim. Acho que é tudo inveja porque eu atendo muito mesmo. Me chamam sem parar. (DC, 20/11/2005)

Aos seus 70 anos e, conforme seus próprios cálculos, com mais de 1.200 partos realizados, conhecia muito bem o cenário obstétrico oficial e não oficial da cidade. “Mas eu não vou porque falam dos outros. Eu não gosto disso e por isso eu não vou em curso. Quando precisam de mim, sabem onde eu moro” (DC, 29/11/2004). Ressabiada com as fofocas e a convivência entre as parteiras, D. Tetéia procurava evitar situações em que se sentia exposta. Reservava-se a um nicho de segurança, suas pacientes, que há muito já lhe conheciam, sabiam que *nunca havia morrido ninguém em sua mão* e lhe *chamavam sem parar*.

5.3.2 D. Benta: Uma parteira que, apesar de *aposentada*, aproveitava plenamente dos cursos

No segundo dia em que eu estava em Melgaço, ainda em 2004, D. Dinorá disse que queria me levar à casa de D. Benta. Ao contrário de D. Tetéia, eu seria oficialmente apresentada, pelas mãos de minha anfitriã. D. Benta foi a primeira de toda uma ronda, planejada por D. Dina, a quase todas as parteiras da cidade. No início, achei muito dadivoso de sua parte ao me referenciar dessa forma, eu acreditava que ela tinha compreendido os

¹⁰⁴ Segundo me contou, ela havia recebido um curso de um mês pelas mãos de um tutor biomédico, numa espécie de discipulado individual, sem a presença de outras “alunas”: “Nos cursos, falam que a parteira que matou a mulher. Eu não gosto disso. Fiz um curso, mas era só eu. Aqui os cursos é de muitas” (DC, 29/11/2004). D. Dinorá e suas colegas mais próximas não sabiam dessa informação, que não era muito divulgada por D. Tetéia.

intuitos de minha pesquisa e me abria as portas em campo. Aos poucos percebi que meus objetivos não eram a única motivação que lhe orientavam nessas visitas. Ao escolher uma ordem e um número específico de mulheres para visitar, D. Dinorá estava me informando que *se dava* com um grupo circunscrito entre as 22 parteiras da cidade e, dentro deste raio, *se dava* mais com umas do que com outras. D. Benta, pelo que entendi, encabeçava este rol de relacionamentos ou, como vim a entender, assim deveria ser considerada.

Ao contrário das outras parteiras, D. Benta morava numa casa de madeira na praça do trapiche. Local privilegiado da cidade, ela recebia a brisa que vinha da baía e contava com a visão panorâmica de toda a movimentação portuária, da prefeitura e do mercado. Assim que chegamos e cadeiras nos foram oferecidas, D. Dina disparou, “Essa é a moça que a gente tava esperando”. D. Benta disse, “Ah, eu pensei que fosse a Amelie. Ela é tão boazinha, sempre traz tantos presentes para mim” (DC, 19/11/2004). E passou a apontar para os itens, ainda embalados, que havia recebido da cineasta paulistana e que ornamentavam estantes e paredes da casa. Ela me identificava com as pessoas que vinham conhecer as parteiras da cidade e, mais importante do que isso, pontuava como era reconhecida na forma de agrados e regalos.

Senhora de cabelos ondulados muito brancos, sorriso largo e poucos dentes, D. Benta era falante e risonha, mas caminhava com dificuldade sobre suas pernas levemente arqueadas. Ela tinha 11 filhos vivos dos 15 nascidos e, àquela altura, uma filha e uma neta lhe faziam companhia. De um ano a outro da pesquisa, ela enviuvou e lhe ficaram evidentes as marcas da solidão: ela mingudara, ficara ainda mais *petite*, perdera um brilho no olhar e os assuntos vinham-lhe de forma cada vez mais repetida. Com o companheiro, havia migrado para a cidade com 15 anos em 1945 e ambos muito ajudaram na construção física e simbólica de Melgaço. Resistiram à evasão generalizada que assolou a cidade na primeira metade do século XX (como visto no Capítulo 1), quando se tornou a única parteira da localidade: “Quando eu cheguei pra cá, (...) não tinha nada, tinha só duas famílias” (Depoimento dado a Pacheco, 2004: 13). Como antiga moradora, D. Benta tinha testemunhado muito da história recente da cidade e fazia parte de uma das três importantes famílias locais. À época da pesquisa, ela tinha vários filhos, netos e sobrinhos que ascendiam socialmente. Muitos deles, como se dizia, *tinham profissão* (como eu notara na família de D. Tetéia e não entre a prole de D. Dinorá). Dois filhos eram professores, uma era auxiliar de enfermagem, outra tinha uma banca de *tacacá*. Um neto era proprietário de um açougue, uma sobrinha era funcionária concursada do fórum de justiça e outra tinha sido a secretária municipal de saúde. Eu apenas tivera a chance de conhecer uma porção mínima de sua parentela, mas notava como se espriavam pelas linhas do poder local. E, por fim, herdara a profissão de sua mãe, irmã, cunhada e sogra, todas

parteiras também, e contava com um “currículo” respeitável. Pertencer a uma família “tradicional” e ter ajudado centenas de melgacenses a nascer (inclusive vários filhos de D. Dina) lhe garantiam um duplo prestígio e era difícil alguém não conhecer D. Benta.

D. Benta não era do tipo modesto. Sempre que eu lhe visitava, havia dois assuntos que pautavam nossas conversas e ela fazia questão de figurar como protagonista central destas narrativas. Por um lado, ela recordava muitos dos *partos difíceis* que atendera com sucesso em sua trajetória profissional (como era comum notar entre outras parteiras também). E, por outro, ela listava todas as pessoas que haviam vindo lhe visitar em razão de sua experiência como parteira. Se a conversa desviasse de ambos os temas, ela rapidamente conseguia – falando mais alto, tocando insistentemente no joelho alheio, interrompendo bruscamente – que voltássemos a eles, já que claramente contribuía para que ela construísse sua imagem como parteira *famosa*. Assim, lembrou: “Veio uma moça de Belém aqui perguntar se eu sabia de oração para parto. (...) Ela levou fotos do meu material, meu tudinho. Nunca veio mais. Depois do curso, veio muita gente aqui”; “O Agenor [Pacheco, secretário municipal de educação à época] veio aqui quando ele estava estudando em São Paulo. Ele veio aqui e fomos para aquele quarto ali. Ele me entrevistou para enviar para lá” (Pacheco, 2004); “A Nísia [do Instituto Partejar] veio perguntar se eu conhecia oração”; “Tinha uma freira lá na unidade, a irmã Léa. Ela tava doida para fazer partos. Fez uns quantos comigo”; “Quero te mostrar os presentes que a Amelie me deu. (...) Essa é a roupa que ela me deu para atender os partos. Eu não gosto de ir de saia. Essa é a bolsinha que ela me deu também e o perfume. Um frasco eu já gastei e o outro está aí. [Era uma *nécessaire* de viagem da Air France e uma amostrinha de perfume Helena Herrera]. Ela é muito boa comigo”. E cada visitante deixava o que ela considerava um presente especial e eram todos cuidadosamente mantidos (muitas vezes sequer entrando no circuito de consumo da casa), servindo como provas concretas de suas boas e influentes relações dentro e fora da cidade. Importante ficar claro que D. Benta era uma mulher pobre, vivendo da parca aposentadoria do marido que fora funcionário braçal da prefeitura. Mas parecia desejar se elevar sobre as demais parteiras da cidade pelo seu capital social tanto como atendente *famosa* quanto como matriarca de uma família tradicional e capilarizada em posições oportunas pela cidade.

Apesar de sua legitimidade histórica na cidade, D. Benta já se considerava *aposentada* e era comum que as pessoas se referissem a ela no passado: “D. Benta foi uma boa parteira”, “Ela atendia muitos partos quando mudei pra cá” etc. Nos últimos anos, os cuidados com o marido moribundo, problemas de vista e nas pernas lhe indisponibilizavam para os partos e seus atendimentos diminuía bastante. Muitas *buchudas* me explicaram que não mais lhe

chamavam, enquanto D. Benta dizia, “Me chamam sempre, mas não posso mais ir”. Deixava claro que escolhera se *aposentar* e não fora *aposentada* pelo ostracismo. Apesar de mais *antiga* e talvez mais experiente do que D. Dinorá, era esta última que agora se destacava como uma das principais parteiras locais. Apesar de serem comadres e compartilharem história e profissão, ficava claro como disputavam a **referência** no cenário obstétrico não oficial da cidade. Das duas, D. Dina era, de fato, a parteira *contratada*, mas D. Benta só muito lentamente ia perdendo o lugar privilegiado de *parteira famosa*.

D. Benta ocupava um lugar especial: era consultada como a “última palavra” em casos complicados. Isto poderia significar ela ser chamada para finalizar um parto já iniciado por outra(s) parteira(s) ou, mesmo que não conseguisse ir até o cenário do parto ou da *puxação*, alguém era enviado até sua casa para descrever a situação e ouvir o que ela sugeria ser feito. Era sua larga experiência que lhe garantia este posto que denomino de “conselheira obstétrica”. No parto de Acácia, depois de muito tempo observando as tentativas frustradas de D. Dina e D. Pequenina para *desengatar* o bebê, Ana, neta de D. Benta, foi lhe chamar para ajudar (como vimos no Capítulo 4). Dias depois, foi assim que ela rememorou sua participação no mesmo: “Aquela noite, vieram atrás de injeção pra dar força. Mas eu não tinha. (...) A Dina não mandou me chamar. Mas minha filha disse para eu ir. Fiquei com pena de fazer aquele trabalho, ando muito nervosa [por conta do marido adoentado]. (...) Fiquei nervosa, com medo não. Fiquei foi nervosa. **Falei para Dina ir para a frente que eu ia fazer o serviço**” (DC, 29/11/2004, ênfase minha). Mas, um ano depois, em virtude da passagem do tempo (que geralmente ameniza conflitos) ou porque se dirigia a mim, público externo, D. Benta recontou assim este mesmo parto, já sem se lembrar que nele eu estivera presente: “Eu fui àquela noite **para ajudar a Dina**. Aparpei na pente [da Acácia] e topei com a cabeça da criança. Pedi à Pequenina para balançar a perna, uma de cada lado. O braço escorregou. Dina pegou o braço. Aí, a Acácia fez força como se fosse fazer cocô e saiu a cabeça. **O médico não faz serviço sozinho. Imagina a parteira, então**” (DC, 20/09/2005, ênfase minha). No primeiro depoimento, D. Benta mostra como tomou a dianteira da situação, acatando ao chamado – à revelia de D. Dinorá –, dando ordens às outras duas parteiras e finalizando o parto. No segundo depoimento, parece reconhecer que a cooperação entre elas é por vezes necessária, mas enfatiza sua ascendência nesta orquestração.

Mas a função de “conselheira obstétrica” aos poucos ia incomodando D. Dina, como ela comentou comigo e outras parteiras que lhe visitavam no dia seguinte ao imbróglio de Acácia:

Quando chamaram a cumadre Benta, era como se eu não tivesse dado conta. Ela pode ter mais experiência que eu, mais anos de trabalho. Mas ela tava mais nervosa. A mão dela tremia. A Benta deixou o bebê arreado. Não podia. Tinha que ter puxado o bebê para cima. Ele prendeu o ombro. Se não, já tinha saído. (...) Mas esse caso foi culpa de ter tido muita parteira. Se fosse só eu, eu tinha dado conta. (DC, 28/11/2004)

Além de desmerecer a atuação de D. Benta, esporadicamente observada nos atendimentos, D. Dina também relativizava a onipotente imagem que D. Benta havia consolidado. No exemplo acima, disse que D. Benta tinha *deixado o bebê arreado, não puxou o bebê pra cima*, estava com a mão trêmula. D. Dina parecia tentar fazer valer sua substituição à D. Benta.

Porém, o que mais gravemente questionava o renome de uma parteira era *perder mulher* (isto é, a parturiente morrer). Esses casos eram tabus e dificilmente consegui que me contassem de mortes maternas. Portanto, lembrar publicamente estes casos significava infringir o decoro local e a gravidade dessa infração se pronunciava conforme o interlocutor. Contar numa roda de parteiras era tentar estabelecer alianças e distinções internas; comentar com uma enfermeira da Unidade ajudaria a abalar a já frágil relação que a instituição mantinha com as parteiras locais e, na próxima vez que a parteira implicada ali aparecesse, provavelmente seria sabatinada ou admoestada pelo caso; contar à antropóloga em campo ou à qualquer outra pessoa que estivesse de visita à cidade (sobretudo, em função das parteiras) era, a meu ver, revelar facções e conflitos dentro do grupo. No caso de D. Benta, D. Dinorá maculava o currículo já concluído da *parteira aposentada*. Uma tarde, tentando entender algumas palavras recorrentes que eu ouvia, perguntei à D. Dina o que era *albumina*:

Albumina é um cansaço, é inchaço nas pernas, é dor de cabeça, tontura. A mulher enrola e morde a língua. Nunca atacou uma mulher comigo, graças a Deus. Com a cumade Benta atacou duas mulheres e uma morreu. A mulher e o bebê morreram. Ela expirou no trapiche mesmo. Foi um só caixão. A mulher não fazia pré-natal porque o pré-natal descobre se a mulher tem ou não. (DC, 26/11/2004)

Mas estas mulheres também reconheciam que dificilmente a parteira é a **única** causa de um parto que desanda. Portanto, quando colocavam a ênfase na parteira (a despeito dos outros atores e elementos), indicavam estar explicitando as outras disputas em jogo. No depoimento acima, D. Dina depois lembrou que a moça que morreu de *abumina* não havia feito o pré-natal. No caso de Acácia, o fato de D. Benta *deixar o bebê arreado* foi um detalhe (que talvez só D. Dina tenha formulado como crítica) numa conjuntura muito mais complexa, que envolvia a performance e as escolhas da parturiente e uma complexa cadeia de omissões (do pai da criança, da família de Acácia, da Unidade de saúde e da prefeitura etc).

Diferente do que notamos na relação entre D. Dina e D. Tetéia, aqui não era exatamente a clientela que se disputava diretamente, já que D. Benta se considerava e também era considerada como uma parteira *aposentada*. A meu ver, a eficácia terapêutica cristalizada durante sua atuação, contudo, permanecia como importante dispositivo de autoridade, sobretudo para alçar uma legitimidade como “conselheira obstétrica”. D. Benta ressaltava as vezes em que ajudou a resolver complicações; D. Dinorá atenuava a centralidade desse desempenho. D. Benta lembrava como era recorrente que viessem lhe visitar e consultar; mas era D. Dina que vinha atendendo de fato muitos dos partos da cidade e que, por exemplo, me abrigava em sua casa e decidia quando visitaríamos as outras parteiras, inclusive D. Benta. Esta não se abalava com a diferença entre sua fama e o desempenho concreto de D. Dinorá. Seu capital social lhe rendia ainda muita estabilidade. Mas havia um ponto que lhe desconcertava diante da colega. Era D. Dina quem vinha participando com mais frequência dos cursos e viagens oferecidos na região. D. Benta se frustrava ao não *ser convidada*, pois reconhecia que sua popularidade entre os visitantes e as autoridades sanitárias locais provinha também dessa participação. Era também por conta desses cursos que D. Benta receberia, num momento seguinte, presentes, material, entrevistas, visitas de pessoas vindas de longe. Acreditava-se que não estar nos cursos, portanto, gradativamente lhe faria ser esquecida e isso muito lhe contrariava.

Dada a importância desse *convite*, vale detalhá-lo rapidamente. Essas mulheres ficavam sabendo dos *cursos* de várias maneiras. Por um lado, na fase de organização, a SMS podia divulgar amplamente o evento por meio de seus ACS e demais profissionais de saúde. Notícias nos programas de rádio e recados pelos barcos também eram úteis para atingir grupos mais “remotos” em relação aos centros urbanos. Geralmente, essa abordagem mais ampla servia ao primeiro curso no município, quando as parteiras ainda não eram personagens conhecidos pelas autoridades sanitárias. Nesta primeira iniciativa, as parteiras que apareciam eram *cadastradas* e é a partir deste rol de nomes que se organizava um segundo curso. Atualmente, a maior parte das parteiras da cidade são facilmente identificáveis e há anualmente, em média, dois cursos na região. Por isso, a SMS, ao contrário de amplo anúncio, precisava **escolher** quem participaria dos eventos. Assim, só algumas eram *convidadas*. E, às parteiras, essa seleção necessariamente gerava “exclusão”, como vemos com a frustração de D. Benta, no exemplo a seguir.

Um evento particularmente evidenciou esse ponto. Em 2005, em meio à segunda etapa do campo, o Instituto Partejar organizou um encontro de parteiras pernambucanas e, contando com alguma flexibilidade financeira, convidou algumas parteiras do Marajó. O intuito era

promover o intercâmbio entre as regiões e ampliar a compreensão dos problemas comuns aos dois grupos. De Melgaço, a ONG convidou D. Dinorá e D. Mirna e aproveitou que eu estava na cidade para lhes acompanhar na longa viagem até a praia de Maracápe, ao sul de Recife, PE. Quando D. Benta ficou sabendo do evento, disse ao nos encontrar em frente ao mercado: “Contei pros meus filhos que eu fui convidada pra ir pra Recife, mas não posso ir porque estou doente. Eles disseram que era pra eu ir mesmo assim. Lembraram que a Dina foi doente pra Belém da última vez. Então, que eu agüentava também. Mas disse pra eles que eu não queria dar trabalho pra Soraya” (DC, 29/10/2005). Eu e D. Dinorá nos entreolhamos assustadas. Percebi que a matriarca, e possivelmente as demais parteiras, tinham uma percepção muito específica dos cursos e encontros. Primeiro, ao contrário do que eu imaginava, não era necessário que as participantes fossem parteiras ativas na profissão e saudáveis o suficiente para replicar, por longo prazo ainda, o que aprendessem nos cursos. Mais do que isso, a prioridade era estar presente, era manter o laço com o Instituto, era continuar a *ser convidada*, principalmente aos olhos dos conterrâneos em Melgaço. Interessante é que D. Benta alegava que sua vista e suas pernas dificultavam que atendessem partos, mas, pelo que dizia, lhe permitiriam viajar para Breves, Belém e Recife, se fosse *convidada*. Segundo, parece que ela se ressentia porque a escolha dos participantes não respeitava as prioridades locais, isto é, ela continuava detendo sua legitimidade apesar de não mais atender. Portanto, mais do que ninguém, era ela quem deveria participar do encontro em Pernambuco justamente pelo seu status de “conselheira obstétrica”. E, terceiro, era este mesmo status que lhe dava autoridade para criticar o “monopólio” de D. Dina na participação dos cursos. Talvez as outras parteiras preteridas nesta viagem concordassem com D. Benta sobre os critérios de escolha, mas só admitiriam essa opinião à boca pequena.

Só em 2005, D. Dina estivera em três cursos fora da cidade. E não só esse trânsito deixava D. Benta *mordida*, mas também o principal desdobramento dos cursos, qual seja, a participação na Associação de Parteiras Tradicionais de Melgaço. “Eu tô muito triste. Não tô sabendo das coisas da reunião. A Dina, eu gosto muito dela, ela é minha comadre e tudo. Mas ela tá de escrotice comigo. Ela sabe que eu tô doente. Podia vir aqui depois da reunião pelo menos pra me avisar o que aconteceu. Nem isso. Nem fico sabendo” (DC, 26/10/2005). Assim, D. Dina não podia reprimir D. Benta pela sua ausência nos eventos coletivos dirigidos e organizados pelas parteiras, como fazia, todo tempo, com D. Tetéia. D. Dina e D. Benta compartilhavam do apreço pelos mesmos na consolidação de seu capital social local. Aqui, era a legitimidade, a experiência e o renome que estavam sendo disputados e monopolizar informações, sobre o encontro de Pernambuco ou a última reunião da

Associação, por exemplo, era um passo a frente que D. Dina dava nesta disputa. D. Dina parecia, mais e mais, desejar imbuir-se do status de “conselheira obstétrica”, tão conveniente para *parteiras idosas* que se aproximavam do final de sua carreira mais ativa. Era uma forma de *aposentar* sem sair completamente de cena.

5.4 Apropriações inesperadas dos cursos de treinamento

No discurso das parteiras de Melgaço, *curso* ou *treinamento* recebiam várias acepções. Poderiam ser as aulas recebidas na Floresta Nacional de Caxiuanã, onde aconteceram vários dos primeiros treinamentos oferecidos pelo Instituto Partejar a partir de 1998. Ou então, os vídeos do “Presença Viva”, mostrados nos treinamentos itinerantes da Secretaria Estadual de Saúde; as palestras ou dicas conferidas formal ou informalmente pelas enfermeiras na Unidade de Saúde local; as reportagens do médico Dráuzio Varela, no programa “Fantástico” da Rede Globo. *Curso* também poderia equivaler aos encontros de parteiras dos vários municípios da região, um pronunciamento da presidente da Associação de Parteiras Tradicionais de Melgaço durante a reunião mensal, um bate-papo com a antropóloga em campo etc. Usavam as palavras *curso*, *treinamento*, *encontro* ou *palestra* como idéias intercambiáveis para todos esses eventos. Contudo, nesse Capítulo, estarei conferindo especial ênfase a uma acepção do termo: os cursos oferecidos pelo Ministério da Saúde, via o Instituto Partejar.

Quando perguntei à D. Romi, parteira de Breves, sobre o treinamento por ela recebido do Instituto Partejar, disse: “Foi bom o curso. **Trabalho**, eu trazia há muitos anos. Mas a gente vai aprendendo **conhecimento**, mais uma **orientação**” (DC, 17/11/2004). E, lá no Capítulo 3, citei D. Mandarina, também de Breves: “Minha avó era parteira. Ela tinha muita **experiência** e eu ia escutando ela conversar com as amigas. (...) Eu não tive **estudo**. O meu estudo é da **natureza**. Eu toco a mãe e **entendo** como está a criança” (ênfases minhas). O *trabalho*, a *experiência*, o *entendimento* vêm dos partos atendidos *no susto*, do acompanhamento à mãe que também *aparava* bebês numa certa região e muitas vezes independe da vontade da moça. Já o *conhecimento* e a *orientação* são aprendidos nas carteiras escolares. Um está no mundo da *natureza* e da *curiosidade*, outro pertence ao mundo do *estudo*, dos *cursos*, das *letras*, da *leitura*.

Sempre que alguém voltava de uma viagem, por vários dias, o tema principal da prosa era a narração das aventuras vividas. Depois do encontro em Maracaípe, PE, D. Mirna repetia:

A viagem foi muito boa. Eu andei de avião. Fui no aeroporto, mas não sei dizer essas palavras [e.g. *check-in*, escada rolante, esteira etc.]. A bagagem a gente entrega pro moço e depois vê passando lá embaixo. Só quando a gente chega é que tem a bagagem de volta. Não sei bem onde guardaram todo aquele tempo. Vimos o mar que é só água e céu. A viagem de ônibus foi a parte mais difícil. (DC, 11/11/2005).

Fora a primeira vez que tomaram um avião, saíram do estado e conheceram o mar. Relatos semelhantes surgiam depois de cada viagem, cada curso, desde a primeira vez que foram até a Floresta Nacional de Caxiuanã, em 1998. A família, as pacientes, os vizinhos, os barqueiros queriam saber detalhes inusitados, o que fora percebido como novo, o que fora motivo de picardia. Esses depoimentos surgiram nas conversas informais nos jiraus domésticos e foram repetidos na primeira reunião da Associação após a viagem. Naquele mês de setembro de 2005, D. Mirna e D. Dinorá não comentaram sobre o movimento associativista das parteiras, o atendimento que elas podem oferecer em casos de abortamento e estupro, o Projeto de Lei para regulamentar seu ofício e que ora tramita no Congresso Nacional – exemplos de assuntos discutidos e polemizados em Maracaípe. É sobre o mundo que existe além das fronteiras de Melgaço que todos desejam saber e são os detalhes observados desse mundo que ressaltam, nos moldes da “identidade contrastiva” de Roberto Cardoso de Oliveira (1976), as especificidades dessas melgacenses.¹⁰⁵

Além disso, traduziam em termos dos acontecimentos locais o que já haviam visto em suas viagens. Numa manhã, enquanto D. Dina lhe *puxava* o ventre, Cristine nos contou que seu marido, carpinteiro do novo hospital em construção, ficou dois meses sem receber o salário e depois foi despedido. A parteira comentou em seguida:

Não fazem isso com os professores. Eles se juntam e exigem. Fazem essa tal de greve que chama, né? Lá em Breves, uma vez, eu vi. Um bocado de gente na frente da prefeitura. Eram homens e mulheres. Aqui, tem gente que trabalha na rua, vigia de escola que tão três meses sem receber. Tem gente que não vende mais fiado pra eles. (...) [O pessoal que está trabalhando no hospital] não se ajunta porque tem medo que fiquem com raiva e não paguem mesmo. (DC, 27/10/2005).

Quando lhe perguntei por que os professores de Breves não tinham medo de represálias, ela explicou: “Porque os professores sabem onde ir pra desatar o nó. Vão no Ministério do Trabalho em Belém e resolvem rapidinho” (*ibid*).

¹⁰⁵ Além das parteiras que participavam dos cursos e encontros, havia outros personagens locais com larga experiência de viagem. Os homens (que trabalhavam sazonalmente nos barcos, palmitais, serrarias e seringais no interior do município), os vendedores ambulantes, as mães (que acompanhavam seus filhos em consultas, exames e internações nos hospitais vizinhos ou que buscavam os *benefícios* entregues nos bancos de Breves e Portel) também chegavam cheios de histórias a contar depois das viagens.

Além de informar sobre o mundo além das fronteiras de Melgaço, estas narrativas também contavam com as *meninas do Instituto* como tema recorrente. “A Nísia me convidou”, “Estes são os presentes que a Pamela me deu”, “Eu puxo os braços e as pernas porque tem veias que ajudam no parto. Aprendi isso com a Nísia”, “Eu participei do curso da Pamela”, por exemplo, eram algumas das frases que eu ouvia repetidamente ao conviver com estas parteiras. Pamela (enfermeira de Partejar) e Nísia (socióloga da mesma ONG) eram muito lembradas por estas mulheres – afeto, expectativa e autoridade eram-lhes dirigidos. Neste sentido, duas passagens me surpreenderam. Primeiro, D. Socorro, *parteira antiga* que atendia muitos partos nas franjas periféricas de Melgaço, me explicou estar muito doente e, por conta disso, gostaria de *ser aposentada*, condição que dependia, segundo ela, do Instituto Partejar: “Eu queria falar pras chefas pra me tirar desse trabalho” (DC, 11/11/2005). Noutro dia, quando visitei D. Edilane, ela me contou que, em sua região, havia uma outra *parteira antiga* que andava bastante doente. “Eu não sei se é tuberculose ou câncer. Tá muito magrinha e com muita dor. Lá em Caxiuanã, a Nísia disse que podia mandar D. Raimunda para se tratar em Breves ou Belém. Mas ela ficou com medo. Eu falei pra ela, ‘D. Raimunda, nas mãos da Nísia, tá tudo bem’. Mas mesmo assim, ela não quis ir” (DC, 30/10/2005). Continuar participando dos cursos era a forma de aprender a manter contato com estas *doutoras do Partejar*, mesmo depois que todos se dispersassem. A cada novo curso, se renovava o laço (importante não só em termos de afeto, de concessões, mas de favores, como mostrou D. Edilane, de definições sobre as condições do trabalho, como explicou acima D. Socorro) e, também por isso, como vimos com D. Benta, havia uma disputa por *ser convidada* e estar presente nos eventos.

Nem só personagens, aventuras e memórias pautavam nossas conversas sobre os cursos. Nas primeiras visitas que lhes prestei, ainda em 2004, a maioria das parteiras corria para revirar armários e estantes. Voltavam ostentando suas *bolsas de material* (ou, como geralmente diziam, os *aperparos*), certificados plastificados, camisetas, livros e cadernos recebidos. A descrição que D. Benta fez ao abrir seu armário é eloquente, neste sentido:

Tá com 34 anos que eu peguei o primeiro menino. (...) De mês em mês, vinha curso aqui. Eu cheguei a receber dois a três partos por dia depois de receber essa bolsa. (...) Deixa eu te mostrar outros presentes que a Pamela me deu. [E tirou a sacola do Instituto Partejar, que estava empoeirada e pendurada na parede]. Olha, aqui tenho todo meu material. Essa fraldinha é para pesar o bebê. Está esterilizada, mas eu mando lavar de novo. Aqui, minha caixinha. Olha, essa tesoura também me deram em Caxiuanã. Essa outra foi a doutora Valdete que me deu no meu primeiro treinamento. (...) Aqui, tem a balança, (...) as gazes, as lâminas e, olha, o negócio para ouvir o coração do bebê e um metro. [O metro gestacional estalou ao ser aberto pela primeira

vez]. Nessa bolsa, tem algodão. Nessa, tem minhas luvas. Deixa eu mostrar para senhora o meu certificado. [Abre uma gaveta do armário e tira uma pasta de elástico]. Aqui, meu certificado [do Projeto “Presença Viva”]. A ficha que o Instituto [Partejar] nos deu. Essa é a camisa que eu ganhei no Caxiuanã. [Na frente da blusa, duas mãos cor-de-rosa seguram um bebê. No verso, o rol de siglas dos patrocinadores]. (DC, 19/11/2004)

De posse de sua bolsa, D. Benta me mostrava como já havia sido *convidada* para participar de vários cursos ao longo das últimas décadas, como conhecia médicas e enfermeiras, como conquistara respaldo para transitar pelos hospitais da região. Os *aperparos* iam sendo **acumulados** à medida que se participava destes variados eventos e, ao invés desta acumulação significar necessariamente a não adoção do material durante os partos, noto que esse material também servia como uma reserva disponível e confiável para qualquer *parto no susto* ou para eventuais acidentes ou enfermidades entre familiares e vizinhos da parteira. Eu já havia percebido como outros bens (comida, utensílios de cozinha, roupas, revistas etc.) também eram guardados e/ou poupados ao invés de ingressarem no uso imediato. As parteiras, como as demais donas de casa da cidade, tinham nesses bens uma poupança para momentos agudos de penúria, servindo de moeda de troca para levantar dinheiro em espécie. Mas, principalmente, famílias e vizinhas, cientes do conteúdo dessas *bolsas*, freqüentemente recorriam às parteiras em busca de um pouco de álcool ou uma tesoura. Estes itens tornavam parteiras e pacientes menos dependentes do hospital local e das *maçadas* de seus corredores.



D. Benta exhibe para mim seus *aperparos* e *papelagens*.

As participantes dos cursos também ganhavam *ajudas de custo* e *diárias* para a participação nos mesmos, já que, ao viajarem, estariam sendo privadas das fontes de renda com que geralmente contavam ao produzir farinha, faxinar uma casa, lavar roupa etc. O

dinheiro trazido dos cursos era muito valorizado, como me contou minha anfitriã, D. Dinorá: “[Os cursos são] a minha fonte de renda. Eu arrumei a minha cozinha com os R\$300 que ganhei de diária no curso em Belém. Comprei as telhas, as dobradiças pras portas e os pregos. As madeiras das paredes e a mão-de-obra paguei com um empréstimo que fiz” (DC, 10/09/2005).

Além dos *aperparos* e do dinheiro, elas separavam, geralmente em uma pasta com elástico, os *papéis* recebidos nos *cursos*. Esta *papelagem* reunia os certificados, crachás, consentimentos informados assinados para pesquisa, fotocópias avulsas de conteúdo obstétrico, letras de músicas em homenagem às parteiras, *fichas* ou *folhas do Partejar* (como lembrou D. Benta, acima) e muitas fotografias, especialmente, da parteira com o certificado à altura do peito, a bolsa de material a tiracolo e suas colegas de treinamento à sua volta. Não era raro encontrar essas fotos também na estante da sala ou mesmo sobre as paredes mais destacadas da casa – a diferença é que essas mostravam a parteira com a(s) instrutora(s) dos *cursos*. Nem todas as parteiras que me exibiam suas pastas tinham como prioridade ler, distinguir e usar cada papel. As fichas, folhas e carteiras tendiam a ser acionadas quando fosse necessário demonstrar o vínculo da parteira com os cursos, suas instrutoras e as entidades que lhes organizavam. Mostrar o *crachá de parteira* havia sido eficiente, por exemplo, quando uma parteira quis acompanhar sua paciente no hospital de Portel. E as *folhas do Partejar* lhes ajudavam no contato com a família da parturiente, caso não permitissem que a parteira atendesse e/ou levasse a parturiente para o hospital mais próximo, como me contou D. Edilane, parteira do interior de Melgaço: “As moças do Instituto Partejar deram uma folha pra gente (...). Eu dei essa folha pro marido assinar, uma vez. Eu falei pra ele, ‘Se ela morrer e o senhor vier pra polícia, eu vou mostrar esse papel que o senhor assinou’. Todas as parteiras têm esse papel” (DC, 30/10/2005). Esta *folha* foi uma estratégia desenhada para proteger as parteiras de eventuais acusações e responsabilizar mais personagens pelo parto.

Quando D. Romi disse, no início dessa seção, que *trazia trabalho há muitos anos* e, nos cursos, *aprendeu conhecimento e mais uma orientação*, percebo que os treinamentos eram uma **segunda** e complementar realidade ao *dom* ou *herança* recebida. Seriam, assim, um acréscimo ao trabalho que já realizavam cotidianamente. Estas parteiras me mostravam já contar com a prática e o apoio divino necessários para atender suas vizinhas e parentas, mas desejavam conhecer esta “outra” *orientação*. Contudo, essa vontade de receber *mais um conhecimento*, como explicou D. Romi, não significava uma adesão imediata às “novidades” que encontravam nos cursos. O contato com o treinamento, muito mais do que objetivar sua aplicação, já era um passo valorizado por elas para alçar outro patamar de prestígio entre os

seus. Este prestígio não derivava necessariamente do uso “correto” de uma tesoura ou do *Livro da parteira* – lógica biomédica que orientava a motivação das instrutoras, os cursos e a continuidade dos financiamentos para os mesmos. *Serem convidadas* a participar desses cursos, conhecerem novas pessoas, viajarem e voltarem com fotografias, diplomas e bolsas distinguiam estas parteiras na família e na redondeza. E, talvez, mais portas na cidade e fora dela poderiam lhes ser abertas, não somente ampliando o rol de alternativas acionáveis durante um *parto complicado*, mas também facilitando outras buscas – encontrar emprego para uma filha separada, por exemplo, ou adquirir um remédio na capital etc.

5.5 As diferentes fontes de legitimidade e a (constante) construção da definição de “parteira”

Havia, como visto ao longo desse Capítulo, principalmente nos casos de D. Dinorá com D. Benta e com D. Tetéia, disputas, indisposições, conflitos entre estas parteiras. Por mais que atendessem casos conjuntamente e que convivessem em vários espaços e eventos da cidade, discordavam sobre vários assuntos. Embora todas *puxassem*, valorizassem a retribuição pelo seu trabalho e soubessem dos “riscos” de um *parto difícil* acontecer em casa, tinham opiniões variadas sobre como e quando *puxar*, quanto e por quem deveriam ser pagas e o momento ideal de referir um parto ao hospital. O que me interessa saber é no que D. Tetéia, D. Benta e D. Dina, por exemplo, se respaldavam para definir esses “comos”, “quandos”, “quantos”. Minha sugestão é que estas personagens nos revelam uma **miríade de fontes de legitimidade** que podiam sustentar, em arranjos muito específicos, a autoridade de uma mulher como parteira e cristalizar no tempo sua reputação como tal. Não havia um único tipo de parteira e sua reputação não provinha de um único acontecimento ou fonte de saber. As divergências de opiniões, práticas e prioridades que encontrei entre estas parteiras nos ajudam, por um lado, a pensar nelas **menos** como um grupo coeso de “parteiras de Melgaço” e, por outro, a problematizar a categoria “parteira”.

Estava em constante disputa o estabelecimento de qual aspecto deveria ser considerado como o mais prestigioso na definição ideal de *parteira famosa*. Classe, influência, família, clientela, experiência, sabedoria, estudo foram alguns destes aspectos em disputa entre as três parteiras aqui discutidas. E, pelo fato de ascendência familiar, prestígio com as autoridades locais (como era o caso de D. Benta) e um currículo com mais de mil partos (como era o caso de D. Tetéia) não serem os aspectos que caracterizavam D. Dinorá, me parece que ela procurava enfatizar outros aspectos para se distinguir. Vimos como se

aliava às enfermeiras da Unidade de Saúde ou à secretária de saúde quando diferenças de higiene corporal e doméstica serviam para questionar a conduta de sua rival, D. Tetéia. Vimos também que ela fora *chamada para ajudar* D. Tetéia e, na ocasião, percebeu que o parto demorava porque “ela queria que a mulher tivesse o filho antes da hora de nascer”. Dias depois me deu outro exemplo no mesmo sentido:

Quando a criança nasce sufocada, a Tetéia bate no pé da criança. Ela não faz como eu que chupo na boca da criança, faço respiração boca a boca. Ela bate prato, penico em cima que é pra criança espantar. Queima o umbigo com azeite – não sei se ela já parou com isso. Eu disse pra ela nesse dia que é proibido queimar umbigo de criança. (DC, 08/10/2005).

O importante aqui é observar a edição feita por D. Dinorá, isto é, a escolha de algumas histórias de D. Tetéia tidas como “insucessos”, “dificuldades” e “incompetência”. D. Dina construía a imagem da colega na “contramão” da modernidade que ela identificava no conhecimento biomédico. Ao ser associada a práticas tidas como *antigas, do interior, perigosas*, D. Tetéia deveria parecer, a mim ou a outro interlocutor, como “retrógrada”. É bom lembrar que “sujeira” e “ignorância” têm se constituído como denigrativos clássicos atribuídos às parteiras (Mott, 1999a). Outro eficiente aspecto do qual D. Dina lançava mão era da “diagnose certa”. Vimos como disputou com D. Tetéia o fato de uma moça estar grávida ou não e, no exemplo acima, a hora ideal para a parturiente começar a empurrar. Em relação à D. Benta, lembrava do parto de Acácia, tentando nos convencer de que o bebê não podia ter sido deixado *arreado*. E, como estratégia ainda mais forte de disputa diagnóstica, lembrou da vez em que D. Benta não percebeu que o quadro se tratava de uma *abumina* e a moça e seu bebê morreram.

Vale lembrar que nem sempre D. Dinorá usava luvas em seus atendimentos, nem sempre havia *curado umbigos* com iodo ou mertiolate. Ela já havia *perdido pacientes* (como no caso do bebê de Acácia, no Capítulo 4) e havia errado diagnósticos (ainda não estou bem certa de que ela sabia que, no Capítulo 2, por exemplo, Silvana esperava gêmeos). Apesar disso, ela partia de aspectos de higiene e técnicas obstétricas biomédicas para condenar D. Tetéia e D. Benta. Embora talvez já tivesse enfrentado *aperreios* muito similares às concorrentes, nem toda audiência os conhecia e o importante era marcar as diferenças entre elas, ao menos retórica. Era uma aguda **disputa de saberes** que se estabelecia entre estas parteiras. Ora o saber biomédico era mais imponente, ora a experiência prática da obstetria não oficial garantia a vida das pacientes. O importante, ao que parece, era estabelecer o melhor argumento conforme o que se supunha ser esperado do interlocutor em questão.

Embora, claro, alfinetadas e discordâncias tenham sempre existido, notava alguns pontos de mudança, possivelmente nas últimas duas décadas, quando a maior parte destas parteiras migrou para a cidade. Primeiro, no cenário urbano, a convivência mais estreita entre um maior número de parteiras talvez colaborasse para incrementar o falatório mútuo entre e sobre elas mesmas. Segundo, falar, mais do que fazer ou mostrar, ganha proeminência, sobretudo porque a razão entre parto e parteira diminuiu, dado o alto número delas no espaço urbano e o monopólio da maioria dos partos por algumas poucas *parteiras famosas*. Assim, havia menos chance da maior parte se sobressair pelo exemplo prático. Claro, os partos realizados por D. Dinorá, D. Tetéia, D. Benta, por exemplo, continuavam a ser motivo de demonstração concreta do *saber fazer*, mas eram poucas aquelas que, como elas, poderiam ganhar ascensão ao falar do que havia sido, de fato, observado e testemunhado por todos. Nesses casos, falar tomaria maior peso ainda. E terceiro, eu notava como D. Dinorá e outras que participavam assiduamente dos cursos aprendiam sobre o que falar quando o objetivo era projetar o próprio trabalho sobre o trabalho alheio. Vejamos este último ponto com mais vagar.

Aqui, o quadro se parece bastante com o que a antropóloga alemã Brigitte Jordan encontrou entre parteiras mexicanas que participavam de treinamentos:

O que eu observei ao trabalhar com parteiras que haviam participado de cursos de treinamento é que elas tinham aprendido a como falar com os representantes do sistema de saúde oficial. Elas tinham aprendido que tipo de coisas são “boas” e que tipo de coisas são “más”. Elas haviam sido expostas a uma ideologia que elas sabiam ser poderosa, que comandava recursos e autoridade. (...) Eu acredito que o maior efeito dos cursos de treinamento do tipo que eu descrevi é uma nova facilidade de falar na linguagem da biomedicina. (1993: 178-179)¹⁰⁶

Jordan propôs pensarmos os treinamentos como espaços privilegiados em que a obstetrícia biomédica e cosmopolita é apresentada como um *authoritative knowledge*, quer dizer, “o conhecimento que, em um contexto particular, é visto como importante, relevante e conseqüente para a tomada de decisões” (1989: 925). D. Dina escolhia me contar do que julgava “equivocado” na conduta obstétrica alheia para, ao mesmo tempo, contrastar com sua própria prática. Construía, por oposição, dois estilos de partejar. E, a meu ver, quando dizia frases como, por exemplo, “O estudo diz que o primeiro filho leva mais de 24 horas para

¹⁰⁶ “What I observed in working with midwives who had attended training courses is that they had learned how to talk with representatives of the official health care system. They had learned what kinds of things are ‘good’ and what kinds of things are ‘bad’. They had been exposed to an ideology which they knew was powerful, which commanded resources and authority. (...) I believe that the major effect of training courses of the kind I have described is a new facility to talk in the language of biomedicine” (1993: 178-179).

nascer”, “A Pamela me ensinou a cortar o umbigo desse jeito” e “Eu faço respiração boca a boca na criança que nasce sufocada”, ela se imbuía do *authoritative knowledge* que havia reconhecido nos cursos e se colocava na posição de quem “sabia” e, por isso, lhe cabia ensinar a “prática correta” às demais colegas.

Jordan está correta quando ela argumenta que o que as parteiras tiram dos breves treinamentos didáticos é uma forma de “falar” não uma maneira de “fazer”, pois é justamente disso que se trata a instrução didática. Portanto, talvez as parteiras procuram tão avidamente tais treinamentos ao vê-los como uma rota para enaltecer autoridade ou prestígio. Quando as mulheres são excluídas das fontes tradicionais de poder em suas comunidades, prestígio e autoridade podem ser derivadas de programas de treinamento ou atividades orientadas para a mudança porque elas prometem uma rota alternativa de reconhecimento. Se elas serão bem sucedidas em forjar um status hierárquico alternativo dependerá, claro, das condições locais. (Browner, 1989: 938)

As parteiras de Melgaço aprendiam muito mais do que identificar um parto “arriscado” ou esterilizar uma tesoura. Nos cursos, elas angariavam uma *expertise* do **que, como, com quem e quando** falar sobre partos. **Falar** parecia ser uma das principais estratégias de um empoderamento específico, talvez muito mais individual e familiar do que as previstas pelas feministas do Instituto Partejar; talvez muito mais políticas do que o investimento técnico-obstétrico feito pelo Ministério da Saúde e pelas agências internacionais. Falar que D. Tetéia “não topara gravidez numa moça buchuda”, que sua casa era “imunda” e passara por “um surto de meningite”, que “a vista dela estava ficando cansada”; ou então, falar que D. Benta “já perdera mulher”, que “sua mão tremia de nervoso” ou que “ela não estava agüentando caminhar até os partos” eram formas de colocar à prova a capacidade obstétrica destas atendentes e outras como elas, sobretudo se os interlocutores fossem potenciais pacientes, enfermeiras da Unidade, instrutora de cursos. É bom lembrar que, durante minha estada, ela comentou sobre o trabalho não só de D. Tetéia e D. Benta, mas de muitas outras parteiras com quem convivíamos, “A Zica atendeu um parto gripada outro dia, não pode, a gente sabe”, “A Zélia é muito esparrenta nos partos que atende, Deus o livre”, “A Pequenininha não deu conta de puxar a Acácia, você viu? Nem topou que o bebê vinha de pé” etc.

Mas, também como vimos, D. Dinorá e estas parteiras não falavam apenas a partir de uma matriz biomédica, como sugeriu Jordan. Os cursos lhes subsidiavam com **mais uma** fonte de legitimidade nesses mexericos difamantes, nessas disputas por autoridade. E, além de aprender a falar, D. Dinorá contava com sua proximidade com as representantes da ONG Partejar como uma outra fonte de legitimidade sobre a qual respaldar sua reputação e se

diferenciar das demais parteiras, como uma “uma rota alternativa de reconhecimento”, como Carole Browner nos mostrou acima. Como vimos, para acontecerem, os cursos precisam de uma comunhão de esforços que começam na Esplanada dos Ministérios em Brasília, passam por Recife e Belém e só então chegam à prefeitura de Melgaço. Apesar desse trajeto e variedade de atores, a identificação das parteiras é mais pronunciada com as *médicas do Instituto*. Julgo que isso não acontece somente porque o curso, em termos de tempo, é mais compartilhado com elas. O lugar do “estrangeiro” em Melgaço nos ajuda a entender esta relação com Pamela, Nísia e outras instrutoras que ali haviam visitado.

5.5.1 Uma relação especial com o Instituto Partejar

Uma manhã, quando D. Dinorá acompanhava uma puérpera que vacinaria seu recém-nascido, vimos uma equipe de uns 15 marinheiros carregando caixas de remédio para dentro da Unidade de Saúde. Eles também estavam anunciando atendimento odontológico no navio atracado no porto da cidade. No dia seguinte, D. Dinorá e eu cruzamos com uma professora bastante conhecida na cidade. Ela ainda não tinha me sido apresentada, mas disparou extrovertida, “Ei, você é da saúde, é?”. Quando disse que não, ela tentou de novo, “Então você é desse grupo que chegou da Marinha?”. Mesmo com a segunda negativa, ela concluiu: “Então tá, depois vamos conversar. Você vai nos ajudar na campanha do natal” (DC, 20/11/2004). Algumas *pessoas de fora*, como nos chamavam, circulavam com maior regularidade na cidade. *Marreteiros*, vendedores de crédito, funcionários do governo estadual e federal com tarefas pontuais e rápidas, freiras, padres e pastores, juízes e profissionais da saúde eram os mais comumente notados. Assim, fossem marinheiros ou pesquisadores – era comum e esperado que a cidade recebesse máquinas, material de construção, Programa Bolsa Família, cursos para parteiras ou contribuições natalinas de pessoas vindas de fora de Melgaço.

Claro que não havia uma idealização absoluta dos “estrangeiros”¹⁰⁷, mas em certos momentos, alguns atores específicos eram mais bem vindos. Este era o caso dos instrutores que chegavam para lhes oferecer cursos e materiais de trabalho, em especial as *doutoras do Instituto Partejar*. As parteiras com quem eu convivia haviam estabelecido uma intensa

¹⁰⁷ Nem todos os estrangeiros eram bem vindos e os *marreteiros* ilustram essa ambigüidade. Os comerciantes locais tinham-lhes como concorrentes diretos, principalmente durante a festa anual do padroeiro da cidade. Já os netos mais jovens de D. Dinorá esperavam ansiosos, durante todo o ano, economizando cada tostão para gastar com as mercadorias trazidas por esses caixeiros viajantes. Já algumas mães e avós temiam que os *marreteiros* tivessem uma especial inclinação para seduzir suas filhas e netas, engravidá-las e partir.

afetividade pelas técnicas da ONG, frequentadoras do Marajó há quase uma década. Embora concreta, a proximidade com as *doutoras* era também momentânea e circunscrita. As lembranças e constantes referências eram fundamentais para manter o laço e relevar um pouco a distância. “A primeira vez que teve curso de parteiras foi o Instituto Partejar que fez no Caxiuanã. Então, todo mundo acha que quando tem coisa de parteira, é do Instituto. **O Instituto crismou as parteiras aqui.** Foi o primeiro” (D. Dinorá, DC, 06/09/2005, ênfase minha). Assim, quem chegasse à Melgaço com interesse pelas parteiras (e.g. pesquisa, filme, cursos, entrevista etc.) facilmente seria classificado ou, ao menos, associada às *meninas do Instituto Partejar*.

Contudo, para entender melhor esse ponto, acredito ser necessário contrastar esse tratamento com aquele recebido de autoridades políticas e sanitárias da cidade, como por exemplo, funcionários da prefeitura, diretores de escola, donos de comércio. Algumas parteiras relatavam um bom trânsito entre essas pessoas: “O enfermeiro Bernardo pediu o preço e ia tentar ajudar [a terminar a casa da Associação]. Pras paredes, precisa de 12 dúzias de tábuas. Cada dúzia custa R\$25. E tem ainda o chão. Ele tem amigos em Breves, sabe” (D. Dinorá, DC, 21/11/2004). Mas nem sempre estas pessoas *da frente* estavam disponíveis e/ou interessadas em ajudar. Além disso, havia uma intensa rotatividade de técnicos, conforme as alianças políticas e oportunidades de trabalho na região. Poucos meses depois dessa declaração de D. Dina, o referido enfermeiro Bernardo trocou Melgaço por Breves e, em seguida, foi para Macapá e as tábuas acabaram sendo compradas em mutirão pelas próprias parteiras. Uma grande decepção era sentida quando os pedidos de ajuda eram negados ou, quando prometidos, não cumpridos. Diante desse quadro, eram nos cursos que essas mulheres notavam que um tratamento bastante diferente lhes era dispensado pelo fato de serem “parteiras”, como lembrou D. Zica:

O meu marido ouviu na Voz do Brasil que as parteiras tradicionais têm um alto reconhecimento, uma sabedoria. (...) Mas o meu filho falou que ouviu um comentário dia desses na Unidade [de saúde]. Disseram que as parteiras aqui da cidade são tudo umas bestas. Chamaram de besta nós. Ele falou pra mim, “Ô mãe, essas parteiras são umas bestas mesmo. Não sabem de nada. É uma vergonha a senhora estar nesses cursos aí”. Não querem que a gente exista. **Eu falei pra ele que sou ao menos reconhecida, que minhas fotos tão circulando por aí.** Antes, eu fazia parto e não era reconhecida nem nada. Agora, parou um pouco [os partos], mas eu sou reconhecida. Os homens que dizem isso é que não sabem acudir uma mulher enrascada. A gente sabe fazer o parto se precisar. Eles nem isso sabem. (DC, 25/11/2005, ênfase minha).

Julgo, porém, que havia um zelo especial em produzir um discurso hegemônico positivo sobre a relação com o Instituto Partejar. Não duvido do afeto que essas parteiras nutriam pelas *meninas* da ONG, mas desejo refletir sobre essa positividade que me era explicitada. Noto, para começar, três motivações nesse sentido.

Primeiro, quando D. Dina, D. Benta e as demais que haviam participado dos cursos se associavam à imagem do Instituto pareciam estar criando uma espécie de “armadura simbólica” algo resistente às possíveis críticas por parte de outras parteiras, de pacientes ou das autoridades sanitárias locais. Quando perguntei à D. Dandara, outra parteira da cidade, o que ela havia aprendido no curso em Caxiuanã, ela disparou: “A gente tá acostumado a trabalhar como aprendeu lá. A gente faz o que eles mandam. É a obrigação da gente, né? Se acontecer alguma coisa, a gente não tem culpa” (DC, 12/11/2005). E D. Pequeninina lembrou, “A minha enteada me falou para ir para Caxiuanã. Eu não podia deixar de participar. Eu não queria ter prejuízo com mulher nenhuma na minha mão” (DC, 27/11/2004). Também evidenciavam, quando necessário, uma “armadura material” ao mostrar seus *aperparos* e a *papelagem* recebidos nos cursos, isto é, certificados, carteirinhas e muitas fotografias.

Participante exibe,
ao lado da instrutora do
Instituto Partejar, o
certificado recebido ao final
do curso de treinamento.



São essas as fotos que D. Zica acreditava estarem *circulando no mundo lá fora*, como comentado no depoimento acima. Sobre esse ponto, Jordan comentou:

Uma importante mensagem dirigida às parteiras [nos] cursos é que há certos artefatos que são indispensáveis para uma performance competente aos olhos da equipe médica [e.g. contraceptivos, kit de material etc.] (...) Assim, os instrumentos se tornam

crescentemente importantes para elas, se não pelo seu real valor de uso, mas definitivamente como símbolos visíveis de sua expertise. (1993: 180)¹⁰⁸

Acrescento, porém, que estes “artefatos”, armadura simbólica e material, não serviam como estratégia somente para se fazer ser ouvida e notada entre as autoridades político-sanitárias da cidade. Aqui, julgo que esse capítulo dá um passo adiante – estes “artefatos” eram bastante importantes nas disputas entre as parteiras, sobretudo na definição do que deveria ser considerado como fonte prioritária de legitimidade de sua práxis.

Há um segundo objetivo em falar do Instituto, desempoeirar as *sacolas de parto* e devassar essas pastas, folha por folha: demonstrar um **vínculo** com fronteiras muito mais amplas do que Melgaço. Ao me exibirem esses símbolos, essas mulheres declaravam reconhecer e transitar pelo mundo do qual, em sua visão, **eu** procedia (bem como, outras pessoas *de fora*). Era muito mais desse referencial que comentavam do que do uso obstétrico de todos esses itens. Se eu tivesse concentrado a pesquisa somente nos cursos, isso teria significado, por um lado, não abandonar meus próprios referenciais e, por outro, conceber essas mulheres unicamente pela sua atuação como parteiras. Foi preciso deixar de falar dos cursos e *aperparos* para finalmente conseguir aproximar-me um pouco mais dos referenciais locais. Foi preciso demonstrar para minhas anfitriãs que eu **não** desejava “avaliar” sua fluência entre as *doutoras do Instituto*, mas que eu contava com elas para melhorar minha própria fluência em sua realidade.

Em terceiro lugar, positivar a relação com as *doutoras de Recife* desvia a atenção do interlocutor (no caso também, a antropóloga em campo) de eventuais discordâncias com o que lhes fora sugerido pelo Instituto. “As médicas em Caxiuanã disseram que o marido e a mãe deveriam ficar no quarto. Eu não gosto porque a mulher fica tola. Começa com besteira. Eu mando todo mundo para fora. Quando chamam a parteira, sai do compromisso da família e passa ao compromisso da parteira” (D. Benta, DC, 29/11/2004). Permitir o marido como acompanhante, respeitar as vontades da parturiente, não bater no recém-nascido para chorar, evitar episiotomias (feitas, excepcionalmente, de forma caseira) eram algumas das sugestões dos cursos, alinhados com o movimento de humanização do parto. Discordar dessas “novas” práticas, como D. Benta acabou de deixar claro, demonstra, por um lado, como essas parteiras não seguiam exatamente o perfil de parto domiciliar que as militantes promulgavam. E, por

¹⁰⁸ “One important message imparted to the midwives in [the] courses was that there are certain artifacts that are indispensable for competent performance in the eyes of the medical staff [contraception, kit etc.] (...) Thus the gadgets become increasingly important to them, if not for their actual use value, then definitely as visible symbols of their expertise” (1993: 180).

outro, revela um vínculo menos absoluto e acrítico com os cursos e a ONG, do que se poderia supor à primeira vista.

A meu ver, associar os cursos recorrentemente ao Instituto Partejar ganha sentido e marca a memória dessas parteiras por um importante motivo: a valorização de seu papel como parteira. Essas mulheres percebem que estão sendo valorizadas pelo seu trabalho, traço que antes tinha lhe gerado pouca positividade ou que se sobrepunha muito discretamente sobre suas outras atribuições como mãe, agricultora, vizinha, vendedora de açaí, por exemplo. Os cursos e a presença da ONG têm sido mais um aspecto a visibilizar o trabalho das parteiras na cidade. Ao reconhecer e valorizar publicamente a *experiência* que elas já acumulavam, a ONG contribuía para legitimá-las local e, em alguns casos pontuais, nacionalmente.

5.5.2 Comentários finais

D. Tetéia, quase tão pobre quanto D. Dinorá, por exemplo, não podia contar com a distinção social de uma vasta e bem-sucedida parentela, como vimos ser o caso de D. Benta. A larga experiência com centenas de partos realizados na cidade era o melhor cartão de visitas de D. Tetéia. Não envolver-se com os cursos biomédicos oferecidos, não conviver com as parteiras e não passar ilesa pelos comentários das mesmas eram aspectos que pouco interferiam em sua relação com as *buchudas* de Melgaço. Conheci uma ou outra gestante que havia decidido deixar D. Tetéia em razão de sua vista que fraquejava aos 70 e poucos anos. Suspeito que, se D. Tetéia começasse, por uma razão ou outra, a equivocar-se nos diagnósticos obstétricos e/ou a *perder mulheres*, a frequência de seus atendimentos diminuiria bastante. É justamente pelo seu desempenho – e não pela sua circulação na prefeitura, na Unidade, na associação de parteiras nem pela rememoração dos cursos – que era avaliada pelo público. Era pelo **fazer** e não pelo **falar** ou **circular** que ela se fazia conhecida.

D. Dinorá não se conformava que a outra lhe fosse uma concorrente tão significativa sem que tivesse acompanhado os cursos de treinamento. Quer dizer, aos olhos de D. Dina, D. Tetéia tinha clientela **apesar** de não ter feito curso. Lembro de Gigi, uma adolescente de 14 anos que chamou D. Dinorá para lhe *puxar* no último mês de gravidez. Nos últimos dias do termo, D. Dina estava preocupada e disse: “Olha minha filha, a cabeça do seu bebê baixou mais. Você já está em trabalho de parto. O estudo diz que o primeiro filho leva mais de 24 horas para nascer” (DC, 26/11/2004). Gigi já estava há mais de três dias com dores e D. Dina se preocupava, queria que a mãe da moça a levasse para o hospital em Breves. Suspeitava que a demora do trabalho de parto indicasse algum problema. No final desse mesmo dia, vimos D.

Tetéia ser levada até a casa de Gigi na garupa da bicicleta de sua irmã. E soubemos que, algumas horas depois, o bebê tinha nascido. D. Dina ficou muito *mordida*, “Perderam a confiança em mim. Nunca mais me chamem pra ajudar, eu é que não vou” (DC, 02/12/2004). Aqui, num *parto difícil*, a autoridade pelo diagnóstico e pelo *estudo* não foi suficiente para convencer Gigi e sua família a permanecerem sob os cuidados de D. Dina.

Assim, em relação à D. Tetéia, o *estudo* não alcançava ascendência suficiente porque o peso do auto-didatismo ou do aprendizado pela experiência prática e cotidiana – o *saber sem ser ensinada* – garantiam-lhe o posto de parteira *famosa* e demandada da cidade. E a ausência de D. Tetéia dos cursos, de certa forma, fazia com que a participação das demais parteiras nos cursos se esvaísse de sentido, pois criava a imagem de que mesmo parteiras experientes como D. Dina precisavam “aprender” o partejar nestas aulas. O sucesso de D. Tetéia fazia com que a balança pendesse para o lado do *saber sem ser ensinada* sobre outra forma de afirmar-se nesse ofício, isto é, *ter o caminho mostrado*. Como já discuti no Capítulo 3, o *dom* e o *aprender sozinha* marcavam o mérito próprio da parteira, ao contrário da *herança* e dos cursos, em que se aprende por meio de outrem.

Contudo, em relação à D. Benta, D. Dina saía em vantagem ao continuar *sendo convidada* para os cursos. Só em 2005, último ano da pesquisa, ela havia estado em Breves, Belém (a convite da ex-secretária municipal de saúde de Melgaço) e Maracáipe, PE (a convite do Instituto Partejar). Perante a legitimidade histórica de D. Benta, inclusive como “conselheira obstétrica”, as viagens eram o diferencial de D. Dina. Esta não fazia qualquer esforço para inteirar aquela de suas andanças porque sabia que as notícias lhe chegariam rapidamente. E quando isso acontecia, D. Benta muito se ressentia, como vimos no início deste capítulo: “Mas ela tá de escrotice comigo. Ela sabe que eu tô doente. Podia vir aqui depois da reunião pelo menos pra me avisar o que aconteceu. Nem isso. Nem fico sabendo”. No fundo, creio que D. Benta nem queria saber dos detalhes do curso, apoquentava-se, de fato, por não ter sido *convidada*, por não ter participado. Tanto D. Dinorá quanto D. Benta sabiam que não participar dos cursos era dar margem para que visitas, presentes e benefícios diminuíssem paulatinamente. D. Dina me mostrava como os cursos serviam como fonte de legitimidade limitada e circunstancial, isto é, serviam nas disputas com D. Benta, mas não com D. Tetéia.

Assim, as *parteiras famosas*, como D. Tetéia, não precisavam dos cursos. Mas as *parteiras antigas* que estavam rumo à fama, como D. Dinorá, e as *parteiras aposentadas*, como D. Benta, os tinham como uma estratégia importante. E as *jovenzinhas*? Como muitas mulheres familiarizadas com o parto, as *parteiras jovenzinhas* já tinham feito algum

atendimento e isto era o suficiente para serem recrutadas para os cursos. Quando ficavam sabendo que um *cadastramento de parteiras* acontecia na prefeitura, se apresentavam como candidatas aos cursos subseqüentes. Segundo Tornquist (2004: 228), para o Ministério da Saúde, “ser reconhecida pela comunidade como parteira” é o critério fundamental para participar dos eventos de treinamento. Porém, poucas pessoas sabiam que estas *jovenzinhas* haviam atendido partos. Por exemplo, para aquela moça que me ofereceu *chope de cupu*, os cursos representavam uma chance de ganhar alguma visibilidade para sua vontade de trabalhar como parteira e, mais do que isso, usufruir dos benefícios que daí advinham como, por exemplo, bolsa de material, viagens, remuneração, esperança de empregos e contatos etc. Porém, se outras fontes de legitimidade – e.g. *partos difíceis*, capacidade diagnóstica preditiva, coragem – não fossem atreladas também, dificilmente ela ascenderia no cenário obstétrico não oficial da cidade. Apenas um *parto na precisão* ou aprender a cortar o cordão umbilical não era suficiente para que deixasse de ser uma *parteira só no nome*. Este também era o caso de Julieta e D. Jajá. Ambas tinham feito menos de meia dúzia de partos, mas tinham participado de alguns cursos recentes e ostentavam orgulhosas a *bolsa de material*, que ficava pendurada na parede da sala de visita. Estes distintivos talvez fizessem alguns parentes e vizinhos saberem de sua inclinação como atendente, mas uma longa estrada precisava ser percorrida para se assemelharem à D. Dinorá, D. Benta ou D. Tetéia que qualquer morador da cidade, da *frente* ou *de trás*, sabia exatamente onde morava e certamente tinha algum parente próximo que havia se tornado *filho de umbigo* de alguma delas.

* * *

Havia, portanto, um conjunto de atributos e saberes de onde escolher as informações que ajudariam a formar seu perfil como parteira. Como vimos ao longo desse capítulo, esse conjunto, por certo, era limitado. Mas havia um espaço de negociação, cada parteira se associava a um arranjo específico de fontes de legitimidade. Uma poderia basear sua fama na capacidade preditiva durante as *puxações*, outra poderia ser conhecida por estar sempre disponível para acompanhar parturientes até os hospitais vizinhos e ainda outra ficara famosa por nunca ter *perdido mulher* e assim por diante. Julgo que esses arranjos eram também, mais ou menos, flutuantes, pois derivavam, por um lado, do panorama do grupo de parteiras atuantes na cidade naquele momento e, por outro, do interlocutor a quem o discurso de auto-afirmação se dirigia. Quer dizer, se houvesse algumas boas *parteiras antigas*, as demais talvez precisassem desenvolver outras fontes de legitimidade para serem *chamadas* e *contratadas*.

Se estas *famosas* tivessem morrido há pouco era possível aproveitar o momento e ascender, como foi o caso de D. Dina. Quando atendeu o parto iniciático e *difícil* de sua filha Maria Auxiliadora, D. Amorosa, a mais *famosa* na cidade à época, tinha acabado de falecer e acredito que esse “vácuo” momentâneo de atendimento tenha lhe sido bastante oportuno.

Antes de tudo, a idéia de “parteira” é múltipla em Melgaço. Há uma clara hierarquia entre as 22 parteiras que conheci. Além disso, o status de uma atendente não era fixo e mudava com o tempo e com sua capacidade de reunir significativas fontes de legitimidade para consolidar sua autoridade obstétrica. Os cursos de treinamento, como aqui pretendi demonstrar, eram uma dessas importantes fontes. Mas, como também notei, nem todas as parteiras compartilhavam desse atributo distintivo. Ainda assim, os cursos poderiam servir, como nos sugeriu Jordan (1993), para, retoricamente ao menos, manter distinções e estilos de trabalho.

Os cursos, como pleiteio aqui, servem como um proveitoso símbolo para medir forças no campo do partejar em Melgaço. Não quero dizer, com isto, que estas parteiras se definiam como tais a partir deles. Os cursos eram **mais um aspecto** considerado na constante contabilidade de autoridade que estas parteiras faziam cotidianamente. Este balanço não servia apenas para lhes capitalizar clientes, mas, sobretudo, renome. Ser uma *parteira famosa* era importante para lhes abrir portas *na frente* da cidade, mas principalmente para alçar autoridade entre os seus. Uma parteira conhecida, com pacientes a sua espera, com dinheiro no bolso, com viagens marcadas ganhava mais algum espaço dentro de casa, com seu marido, seus filhos, suas noras e netos. Seria mais fácil delegar tarefas domésticas ao sair para as “rondas clínicas”; talvez facilitasse que uma nora lhe escutasse os conselhos numa briga conjugal; permitia que um *companheiro* fosse contratado para trabalhar na roça de mandioca durante sua ausência da cidade. Não são os cursos que lhes abrem as portas, mas a forma como os cursos são por elas apropriados que estas portas são abertas, dentro e fora de casa.

Por outro lado, é importante, mesmo nesse final, que fique pontuado o valor limitado dos cursos como fonte de legitimidade. Três depoimentos diferentes ilustram essa idéia:

O curso passou no Laguna. Veio arrecadando as parteiras. Passou nove dias na casa da Zenilda. Ela se apresentou como parteira idosa. Mas eu vi ela no colo da mãe dela. Eu sou mais idosa que ela. Deram todo o ouro pra ela. Ficaram carregando ela pra tudo que é lado. Mas não reconhecem ela lá como parteira. Eu sou mais idosa e mais conhecida. Parteira idosa é a parteira que sabe mais. (D. Dandara, DC, 12/11/2005)

Eu venho fazer o pré-natal e aproveito para me puxar com D. Renata. Ninguém puxa bem em Currálinho. Uma parteira de Currálinho quase me matou. Não sabia fazer.

Não existe mais parteira antiga. Só tem essas que fazem curso. (Luci, paciente de D. Renata, parteira de Breves, DC, 16/11/2004).

Se fosse eu, faria assim. Na hora de dar o material, eu perguntaria assim: “Quantos partos a senhora tem pra esse mês que vem?”. Aí, eu daria o material pra esses partos. Porque tem muita parteira que recebe o material e não usa. A Sandra, por exemplo, eu vi lá na casa dela. O material dela fica bolando lá. Ela me disse que se eu precisar, eu posso ir lá buscar com ela. Ela me dava. Quem não tá atendendo, tá com material. E quem tá fazendo o trabalho é que tá com a necessidade. (D. Dinorá, DC, 21/11/2005)

Nesse capítulo, não quis discutir se os cursos são eficazes ou não ao treinar as parteiras em técnicas biomédicas. Isto já vem sendo feito, com muita propriedade, por outros autores (e.g. Mani, 1980; Pillsbury, 1982; Greenberg, 1982; Davidson, 1987; Jordan, 1989; Stephens, 1992; O’Rourke, 1995; Davidson, 1987). O que desejo discutir é como os cursos eram mais um aspecto – dentre tantos – do qual as parteiras lançavam mão para significar seu campo de atuação. Participar de um treinamento, conhecer Nísia e Pamela, saber a que se referia a palavra mágica “Caxiuanã”, poder exibir o certificado e as fotos recebidas comunicavam tanto uma provável capacidade obstétrica dessa parteira, quanto seus vínculos dentro e fora de Melgaço. Os cursos ajudavam a lhe localizar socialmente, sobretudo quando competência, clientela e oportunidades estavam em jogo. Com a apropriação dos cursos e todas as demais fontes de legitimidade, eram revelados para mim os conflitos locais e as definições que elas construía sobre si mesmas.

Os três últimos depoimentos, de D. Dandara, Luci e D. Dinorá, nos ajudam a pensar nos contornos deste ofício: Quem *sabe mais* é tida como a *parteira idosa* de uma região? Quem é que *sabe puxar bem*, quem *sabe fazer bem*? Quem *está atendendo e fazendo o trabalho* e, assim, *está com a necessidade de material*? Os desafios apresentados pelos cursos, pelo contato com as políticas mais abrangentes do parto domiciliar e com os personagens das instituições públicas e privadas faziam esse grupo de parteiras rever suas categorias classificatórias e, para deleite da antropóloga, evidenciar o que lhes era mais prioritário no convívio neste grupo e em sua prática obstétrica. Os cursos não eram decisivos na definição de quem era ou não parteira, mas, cada vez mais presentes, contribuía para complexificar este quadro em Melgaço. Era nesse cenário atual que despontava a diferença entre *quem sabe sem medir* e *quem não sabe e mede três dedos*, como D. Tetéia explicou, no início desse capítulo, sobre a relação estreita e delicada entre dilatação uterina, *dores de puxo* e momento de expulsão do feto.

Tornquist (2004: 228) sugere que

o crescente interesse pela participação parece indicar a importância que os cursos levados ao interior conferem ao ofício, no sentido de seu reconhecimento social e legitimidade governamental, ou até mesmo, como reinvenção de uma tradição (...) e a sensação de ‘empoderamento’ que a identidade de parteira parece vir adquirindo nas regiões onde o programa tem se institucionalizado, como no caso do Amapá e Pará.

Notei, de fato, como os cursos têm contribuído para incrementar a visibilidade das parteiras na cidade e região de Melgaço. Mas esse capítulo também pretendeu pensar a partir de duas outras perspectivas de análise. Primeiro, sugeri que invertamos nossa mirada, isto é, ao invés de partirmos dos cursos para compreender como estes têm afetado a comunidade de parteiras, partir das próprias mulheres e, só então, perceber se e como os cursos são uma realidade relevante. Segundo, para além da repercussão dos cursos em sua relação com as autoridades político-sanitárias locais, pretendi observar como os cursos são mais um dos elementos considerados pelas parteiras para negociar **as relações que elas estabelecem entre si e com suas pacientes** e, mais importante para nosso ponto de vista analítico, como tais relações repercutem nos contornos que elas têm construído para sua profissão.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS
Ou sobre a difícil tarefa de me despedir da tese,
de seus personagens e de meus aprendizados

Durante toda minha pesquisa, seja no trabalho de campo ou nos documentos, livros, teses e eventos com que tive contato, as parteiras geralmente eram referidas como “parteiras tradicionais”. Em inglês, a literatura que avalia treinamentos, por exemplo, adota “traditional birth attendant” ou simplesmente “TBA”. Mais recentemente, tem-se preferido usar “skilled birth attendant” ou “SBA”. Esbarrei também com “parteira leiga”, “parteira curiosa”, “parteira empírica”, “parteira treinada” ou “capacitada” etc. A esta altura, deve ter ficado claro como foi deliberado e proposital que o substantivo “parteira” **não** tenha sido adjetivado ao longo desta tese.

A atenção terapêutica das parteiras, segundo o antropólogo argentino Eduardo Menendez, tem sido compreendida como “tradicional” porque, primeiro, é praticada por populações **tidas como** “tradicionais”; segundo, porque é definida como “antagônica” à biomedicina; e, terceiro, porque foi cristalizada como ahistórica, imutável e impermeável às mudanças e influências (1994: 74-5). Menendez alerta que essas definições expõem dois aspectos importantes. Por um lado, ficam claras as estratégias retóricas dos sistemas médicos que, para se manterem como candidatos à hegemonia, precisam traçar limites entre práticas “legítimas” ou não. E, por outro lado, fica claro como essas retóricas e definições falam muito mais das relações de poder que permeiam este campo do que, por exemplo, da eficiência terapêutica de um ou outro sistema.

Consideramos que o uso do termo “medicina tradicional” [e eu acrescentaria, “parteira tradicional”] tende, conscientemente ou não, à exclusão de práticas, representações ou de sujeitos sociais, tanto de uma perspectiva empírica como teórico-metodológica. Do nosso ponto de vista, são os saberes do médico de primeiro nível ou os da parteira empírica que necessitamos incluir na medida em que consideramos esses saberes não só como parte do campo relacional, como também atividades que não expressam nem a “teoria” nem a cosmovisão em si, mas que *expressam uma parte do sistema de relações técnicas e sociais nas quais intervêm*. (*ibid*: 76-7, ênfases minhas).

Essa idéia merece um comentário importante. Trazer detalhes etnográficos do trabalho destas parteiras nos ajuda a conhecer como e porque essas práticas são semantizadas pela população que as demanda. Neste sentido, é conhecer quais são os dramas e enfermidades que mais perturbam e mobilizam a comunidade. É um atalho eficiente para conhecer se e como essas

peessoas definem o que é “bem estar”, “gravidez” etc. A *puxação*, tão íntima e tão freqüente, a idéia de *parto fácil e complicado*, a gradação entre *parteira verde* até as *famosas*, por exemplo, nos levam até as concepções locais de “saúde”, “desempenho”, “autoridade” e nos ajudam, dessa forma, a perceber o que aqueles melgacenses esperavam de parteiras, enfermeiras, médicos etc. Mas, para isso, é preciso transpor os rótulos conhecidos, como “tradicional”, “supersticioso”, “curiosa” ou “atrasado”. Além de problematizarmos a categoria “tradicional”, é preciso rever o próprio termo “parteira”, que pode se referir a perfis muito distintos de trabalhadoras. Como Browner notou, entre parteiras no México, é importante conhecer a biografia e status social das parteiras para entender quando, quanto, como e com quem atuam (1995: 69).

Neste sentido, procurei mostrar como D. Dinorá era muito mais do que parteira. Trabalhava na roça, cuidava dos netos, zelava pela sua casa, visitava amigos, fazia compras, viajava, participava de cursos, presidia a associação local de parteiras. E, no caso de seus atendimentos, prestava apoio a muito mais achaques do que o parto em si. Ela ajudava com problemas ginecológicos (como corrimentos, DSTs, inflamações etc.), sugeria soluções apaziguadoras (ou até combativas) para conflitos domésticos e conjugais, socializava a paciente e todos a sua volta para a maternidade e para o contato com a biomedicina.

Mais do que *puxar barrigas*, sugerir uma “etiqueta obstétrica local” e definir uma tabela dos preços, as parteiras de Melgaço estavam enfrentando fetos, gestações, informações e comportamentos que, para eles, estariam “deslocados”. Estes “deslocamentos” demandavam **explicações** – mais complexas do que a administração de remédios ou a requisição de exames. As parteiras, reunindo informações sobre a grávida, sua barriga, família, rua em que morava etc., estavam munidas para ajudar suas pacientes a fazerem sentido de dores e dramas inesperados. Estes “deslocamentos” são tidos como **processos sociais** e não somente como eventos pontuais e fisiológicos vividos por indivíduos (Langdon, 1995; Csordas e Kleinman, 1996). Da gravidez, evidente microcosmo, as parteiras ajudavam a entender, traduzir e organizar o macrocosmo, como Mary Douglas (2004) nos explicou páginas atrás.

Entender estes processos sociais e formular explicações exequíveis eram duas capacidades fundamentais que estas mulheres precisavam desenvolver. Dependiam, até certo ponto, de sua capacidade técnica, mas, sobretudo de uma maestria sobre a lógica das relações humanas em um ambiente com pouco dinheiro e com muita criatividade e flexibilidade para encontrar saídas e superação. Mais importante do que a “fonte” do saber destas *aparadeiras* ou o nome a elas atribuído, era preciso reconhecer a **distância social mínima** que existia entre elas e suas pacientes, entre elas e suas parentas e vizinhas. Eram mulheres pobres, pouco

escolarizadas, negras ou com ascendência indígena atendendo outras de idêntico perfil, ressaltando ainda mais a divisão simbólico-geográfica entre a *parte da frente* e a *parte de trás* que notamos na cidade e expusemos no primeiro capítulo da tese. Os desafios eram todos muito semelhantes, bem como o valor de estarem sempre acompanhadas, como vimos no Capítulo 4, e nunca serem *deixadas sozinhas*. O vínculo, a ajuda, a companhia eram valores máximos. É sobre essa ecologia e economia do cuidado que pretendi comentar.

Contudo, espero também que tenha ficado claro como pretendi evitar uma atmosfera de solidariedade naturalizada. Havia conflitos entre as atendentes e suas pacientes, como quando estas últimas deixavam de pagar ou de negociar com seus maridos o pagamento, quando trocavam de parteira ou, sem consultar ninguém, simplesmente decidiam ir para o hospital. Havia conflitos entre as parteiras, como vimos de perto no Capítulo 5, e boicotavam-se mutuamente, sem piedade. Muitas vezes, vi D. Dinorá ficar *mordida* com suas pacientes, parentes e colegas. Recolhia-se, *mofina* e calada, por horas a fio a uma costura ou a cuidar de seus *serimbabos*. Depois, poderia ressurgir resignada ou, mais comumente, *malina*, tecendo comentários duros e espinhosos para todos os lados. Desencanto e desesperança também faziam parte do cotidiano desta mulher que, se olhássemos somente para o *on-stage* (como nos diria Scott, 1990), podia ser tão aguerrida e corajosa, tão *bocuda* e sabichona, tão risonha e bem humorada.

Esta tese resume uma longa tentativa de desnaturalizar idéias que, no início, me pareciam tão caras e bem alojadas. Idéias romantizadas como a de parteiras que, escondidas na “hinterlândia” de nosso país, atendiam, sempre disponíveis, sempre alegres, os mais complicados problemas de saúde feminina. E encontrei muitas outras idéias como o vínculo *a priori* com as *buchudas* (numa espécie de sororidade feminina), o afeto no atendimento dispensado (que, por vezes, poderia subvalorizar problemas com higiene ou de alfabetização), técnicas obstétricas “naturais”, “milenarios” e “respeitosas” de acordo com a vontade da paciente, a distância do conhecimento biomédico e “moderno”, a perseguição preconceituosa de profissionais de saúde e políticas públicas contra estas mulheres – são todas imagens que talvez o movimento de humanização do parto, um feminismo entusiasmado demais e uma antropologia salvacionista tenham imprimido em mim. Em suma, o processo de desnaturalizar certezas tentou seguir conselhos como esse de Lila Abu-Lughod, antropóloga egípcia-estadunidense: “projetos de salvar outras mulheres dependem e reforçam um senso de superioridade dos ocidentais, uma forma de arrogância que merece ser desafiada” (2002: 789).

Foi em busca de um refinamento maior de matizes entre pólos dicotomizados por tanto tempo (como o “tradicional” e o “moderno”, a “sujeira” e a “limpeza”, o “natural” e o “tecnológico”, o “feminino” e o “masculino” etc.) que esta tese se construiu. Foi contextualizando D. Dinorá e os seus na história de Melgaço, nos dilemas que historicamente aquela região fluvial vem enfrentando, que pude melhor compreender como a ambivalência entre as dicotomias não partiam só de meu prisma, mas também acompanhavam, há muito tempo, a formação identitária de Melgaço e a produção acadêmica a seu respeito, como vimos no Capítulo 1. Creio que esta **ambivalência** vivida, sobretudo, entre “tradição” e “modernidade” (estas idéias tão cristalizadas e abstratas), sirva como um pano de fundo poderoso, em termos de significado, para o que as parteiras vivenciam na atualidade.

Aqui, vale citar novamente o conselho da antropóloga Guita Debert: “É assim que histórias de vida e relatos orais fazem convites irrecusáveis para rever interpretações, desenvolver novas hipóteses e encaminhar novas pesquisas de forma a refinar os grandes conceitos explicativos e seus pressupostos” (1986: 155-56). Os relatos, as histórias, os cotidianos destas pessoas me iluminaram detalhes que nenhuma entrevista ou questionário poderia ter feito. A convivência durante aqueles meses em Melgaço me ajudaram a contrapor os discursos, ditos de forma tão coerente e convincente, durante uma *puxação* ou na sala de espera da *unidade* com seu avesso ou complemento, isto é, dramas mais difíceis e, muitas vezes, insolúveis que eu observava se desenrolarem na cozinha ou no jirau da casa de D. Dinorá. Para minha formação profissional, foi um grande salto chegar ao não oficial, não institucional e orientar-me pela “prática” *a la* De Certeau, Thompson, Ortner e Scott foi fundamental nesse sentido.

Foi neste percurso que descobri como D. Dinorá, D. Pequenina, D. Benta, D. Zica, D. Socorro, D. Dandara, D. Jajá, D. Tetéia etc. comentavam sobre seu próprio ofício. Sim, chamavam umas às outras de “parteiras”, mas, sobretudo, de “a vizinha que já **aparou** meia dúzia de crianças”, “aquela que **pega** menino”, “fulana que tem o dom de **assistir**” – era pelo fazer, tão explícito no uso dos verbos, que elas falavam do partejar. E, por fim, para minha surpresa, ocasionalmente também usavam “parteira tradicional”. Isto acontecia quando iam se apresentar a um médico, no início de um curso de treinamento, numa entrevista para a rádio local, ao escrever a ata de uma reunião da associação ou ainda, no início da convivência com uma antropóloga – esta moça *de fora* que chegou repetindo intenções conhecidas há tanto tempo por elas e, mesmo assim, foi aceita para uma prosa mais demorada.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
DC	Diário de campo
ECFPn	Estação Científica Ferreira Pena (do Museu Goeldi, Belém, PA)
FNUAP	Fundo de População das Nações Unidas
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PEPT	Programa Estadual de Parteiras Tradicionais
PNPT	Programa Nacional de Parteiras Tradicionais
PSF	Programa Saúde de Família
RNPT	Rede Nacional de Parteiras Tradicionais
RPS	Regional de Promoção Social (no Estado do Pará)
SBA	Skilled birth attendant
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde (no Estado do Pará)
SESPA	Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública (no Estado do Pará)
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TBA	Traditional birth attendant
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNAMA	Universidade da Amazônia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

GLOSSÁRIO

Abumina ou albumina: Categoria êmica que reunia sintomas muito semelhantes à eclampsia. “Abumina é um cansaço, é inchaço nas pernas, é dor de cabeça, tontura. A mulher enrola e morde a língua. Nunca atacou uma mulher comigo, graças a Deus. [Aconteceu com uma] mulher [que] não fazia pré-natal porque o pré-natal descobre se a mulher tem ou não” (D. Dinorá, DC, 26/11/2004).

Adomar: Domar.

Afiar: Deixar para pagar uma mercadoria ou serviço posteriormente.

Afomentar; Fomentar: “Friccionar a pele com líquido aquecido para fins curativos” (Houaiss).

Agasalhar: Guardar um objeto cuidadosamente em algum local específico. Por exemplo, uma bijuteria nova pode ser *agasalhada* dentro de uma caixa de sapato; dinheiro pode ser *agasalhado* dentro do sutiã ou no cós da saia até se chegar em casa; um bebê pode se *agasalhar* do lado direito do útero etc.

Anebra: Semelhante à hemorróida. Mas vermes, segundo explicaram, também podem provocar a *anebra*.

Aparar: Atender ou assistir a um parto; pegar uma criança. Por isso, parteiras também são chamadas de *aparadeiras*.

Aparelhagem: Tipo de festa muito comum no Pará. Várias caixas de som são empilhadas umas sobre as outras ao redor da pista de dança e estilos como o *tecnobrega* ou o *calipso* são tocados em altíssimo volume. As *festas de aparelhagem* atraem centenas de jovens nas periferias das grandes cidades, bem como até as boates nas margens dos rios, pelo interior.

Aperparo: Os *aperparos de parto* são os instrumentos necessários para se atender um parto como a tesoura, o fio para amarrar o umbigo, a *roupa do parto* etc. Também encontrei *aperparos do bebê* (fraldas, camisa de pagão, *pense* para o umbigo, talco, alfinetes etc.), *aperparos de costura* (tesoura, linhas, agulhas, dedal, alfinetes etc.).

Aperreio: “Dificuldade qualquer; obstáculo, apuro; contrariedade, aborrecimento, apoquentação” (Houaiss).

Aposento: Aposentadoria.

Aturiazal: “Designação comum a numerosas plantas aquáticas de diferentes gêneros e famílias” (Houaiss). Também conhecido como aguapés, muraré ou mururé.

Avexame: Dificuldade, *aperreio*, pressa.

Barracão: “Casa de moradia de seringalista, que faz também de armazém de gêneros de primeira necessidade e de depósito da borracha colhida pelos seringueiros; Casa de

comércio no campo ou em locais pouco habitados, ou em engenhos, usinas e garimpos” (Houaiss).

Barrigada: Gravidez.

Batedeira: Espécie de liquidificador industrial de inox usado para extrair o sumo de frutas como o açaí, a bacaba etc. Substitui o trabalho manual de prensar a fruta no *paneiro*.

Bebê atravessado: Quando o feto não está na posição “ideal” para nascer de parto vaginal (isto é, a apresentação cefálica), diz-se que está *atravessado*. Por exemplo, o feto pode estar *sentado, deitado, de pé* etc.

Bebê engatado: A criança fica presa no canal vaginal por alguns motivos: a criança é grande demais para a *pente* da parturiente; esta *pente* está *madura, baixa* ou *fechada*; a criança está mal posicionada, vindo de pé ou de bunda.

Bebê laçado: Quando o cordão umbilical de um feto enrolou-se uma ou mais vezes em volta de seu pescoço, diz-se tratar de um *bebê laçado*.

Bêbi chá (Baby chá): Festa realizada com a presença das parentes e amigas da gestante, nos últimos meses de sua *barrigada* com o propósito de completar o enxoval da criança com roupas, fraldas ou itens para o quarto.

Buchuda: Grávida.

Buçu: “Palmeira (*Manicaria saccifera*), nativa da América tropical” (Houaiss) muito usada para cobrir casas, fabricar chapéus, artesanato, peneiras, *tipitis* etc.

Calado: “Distância vertical entre a parte inferior da quilha e a linha de flutuação de uma embarcação; calado-d'água” (Houaiss). Geralmente, no porto de Melgaço, apenas *barcos de baixo calado* poderiam atracar, dada sua rasa baía.

Calafate: Pessoa que fabrica barcos de madeira.

Cara branca: O rosto empalidecido repentinamente é tido como um sinal de que a pessoa, geralmente a gestante, está prestes a desmaiar.

Caribé: Mingau de farinha fina servido quente para pessoas convalescentes, especialmente puérperas.

Carreteiro: Homem ou adolescente que puxam um *carreto*, estrado de madeira sobre eixo de rodas, levando mercadorias desembarcadas no *trapiche* até casas e *mercantis*.

Casa de altos e baixos: Casa de dois andares. Geralmente, o primeiro piso é feito em alvenaria e, o segundo, em madeira. É um dos principais sonhos de consumo entre as pessoas mais pobres de Melgaço.

Casco ou casquinho: Pequena embarcação escavada ou construída a partir de longos troncos de árvores locais. Um *casco* depende sempre de, pelo menos, um remo.

Chope: “Espécie de sorvete feito de água e xarope ou sumo de fruta, que se congela dentro de um saquinho plástico, produzindo um picolé sem pauzinho” (Houaiss). Conhecido em outras regiões do Brasil como dindim ou sacolé.

Companheiro: Pessoa que vende sua mão-de-obra por um dia de serviço a uma pessoa da família ou da vizinhança. Geralmente, contrata-se um *companheiro* para limpar um terreno, colher mandioca, torrar farinha etc.

Cortar: Quando uma parturiente é *cortada por cima*, significa dizer que ela recebeu uma cirurgia cesariana. Quando ela é *cortada por baixo*, uma episiotomia foi realizada.

Curiosa: Parteira.

Desmentir: “Fazer sair ou sair das juntas, fazer torcer ou torcer; luxar(-se), deslocar(-se), desarticular(-se), desconjuntar(-se)” (Houaiss). Uma parteira, puxador, rezador podem resolver uma *desmentidura*.

Desocupar: No contexto obstétrico local, esvaziar o útero completamente da placenta e/ou qualquer resíduo do parto.

Despesa: Rancho de comida.

Dianteira: Bolsa d’água ou “saco ou cavidade amniótica” (Houaiss). Diz-se que, quando a *dianteira arrebenta*, o trabalho de parto está por iniciar em pouco tempo.

Embarrigar: Engravidar.

Encaminhar: Quando a Unidade de saúde não se julgava capaz de resolver algum problema de saúde que lhe chegasse, consultava a disponibilidade de leitos nos hospitais das cidades vizinhas e emitia um *encaminhamento* para que o paciente recebesse uma ajuda de custo da Secretaria Municipal de Saúde e para que fosse recebido no outro hospital.

Encantado: “Qualquer dos muitos seres animados por forças mágicas ou sobrenaturais, habitantes do céu, das selvas, das águas ou de lugares sagrados” (Houaiss).

Esparrenta/o: Exagerado, espalhafatoso, barulhento.

Espinhaço: Costas, espinha dorsal, dorso.

Estar porre: Estar bêbado.

Filho de tempo: Bebê que nasce no tempo regular de nove meses.

Filho de umbigo: Quando uma parteira atende um parto, o bebê que nasce torna-se seu *filho de umbigo*. Posteriormente, esta criança, ao reencontrar sua parteira pelas ruas, deve pedir-lhe a benção e sempre prestar-lhe homenagem.

Friagem: Choque térmico com capacidade de provocar alteração na saúde da pessoa. Por isso, puérperas não deveriam sair de casa já que se encontravam num estado tido como

quente e, tomar o ar da rua poderia lhes provocar uma *friagem* e comprometer seu restabelecimento.

Furo: “Trecho de água, em meio a arvoredos e plantas aquáticas, passível de ser navegado, pelo qual rios, ou rios e lagos, se comunicam” (Houaiss).

Gaiola: “Embarcação fluvial a vapor, de pouca borda e superestrutura alta, dotada de varandas, usada geralmente para transporte de passageiros” (Houaiss).

Garrafada: Infusão preparada pelas parteiras (mas também benzedeiras e outros terapeutas populares) com ervas, raízes, sementes e, geralmente, uma base alcoólica (como vinho, cachaça), para tratar toda sorte de enfermidades, especialmente ginecológica (como *fortalecer a mãe do corpo*, *pegar filho*, limpar o corpo depois de um aborto etc.).

Gatanhar: Arranhar.

Igarapé: “Canal natural estreito e navegável por pequenas embarcações, que se forma entre duas ilhas fluviais ou entre uma ilha fluvial e a terra firme” (Houaiss). Geralmente, *igarapés* são maiores do que os *furos*.

Imbiara: Carne, caça ou frutos que foram alvo de caçadores ou donos do quintal ou plantação. Comer *imbiara* é colocar-se num estado em que a saúde e o bem-estar ficam comprometidos.

Injeção de puxo: Injeção de ocitocina. A ocitocina que é um hormônio natural “(C₄₃H₆₆N₁₂O₁₂S₂) segregado pela hipófise que induz as contrações do músculo uterino durante o parto e estimula a secreção de leite” (Houaiss). A injeção é sua variável sintética.

Jambeiro: Pé de jambo (*Syzygium jambos*) (Houaiss). Árvore com copa alta, frondosa e cônica, geralmente tida como ponto de referência numa cidade.

Jirau: “Armação de madeira sobre a qual se constrói uma casa de modo a evitar a água e a umidade” (Houaiss). Pode funcionar como uma varanda, nas extremidades da casa. Também refere-se ao *jirau da pia*, *jirau do banheiro*, isto é, beiradas de madeira inclinadas onde a água necessariamente escorre e não empoça.

Jito/a: Muito pequeno, diminuto.

Leiteira: Ama de leite.

Loba: Logro, cano, embuste. Diz-se *Fulano levou uma loba de Cicrano*.

Maçada: “Situação ou atividade que enfada, aborrece; importunação” (Houaiss). Frequentemente, em Melgaço, tentava-se evitar a *maçada* da sala de espera da Unidade de saúde.

Malina: Má, maldosa. Uma pessoa faz *malinezas* com outra.

Manino/a: Estéril.

Marreteiro: Vendedor ambulante.

Matapi: “Armadilha para apanhar peixe, de formato oblongo, com uma ou duas bocas e uma tampa na outra extremidade, fabricada principalmente de fibras vegetais” (Houaiss). Na região de Melgaço, o matapi é muito usado para pegar camarão e moluscos.

Mercantil: Mercadoria, pequeno entreposto comercial.

Mizura: Assombração, fantasma.

Mofina: Uma pessoa que se apresenta *mofina* é logo tida como adoentada, sem disposição, desanimada. Pode-se dizer *Hoje, levantei com uma grande mofineza pelo corpo*.

Mordido: Estar *mordido* é sentir raiva, irritação, impaciência com algum comportamento alheio cujo o qual não se aprova ou não se espera. Geralmente, a pessoa que *fica mordida* se sente ofendida, trapaceada, em desvantagem.

Mugunzá ou mungunzá: “Espécie de mingau feito de milho branco com leite e leite de coco, temperado com açúcar e canela” (Houaiss). Este mingau era facilmente encontrado nas ruas de Melgaço, Breves e Belém e consumido como café da manhã ou ao final da tarde, como lanche substancial. Em outras regiões do Brasil, versões semelhantes podem ser chamadas, por exemplo, de canjica (Minas Gerais) ou curau (Pernambuco).

Novidade: Menstruação.

Paneiro: Cesta quadrada e muito chata, tecida com fibras vegetais de forma bem justa, usada para recolher frutos e amassá-los. Geralmente, usado para *amassar açai* e extrair-lhe o caldo.

Panema: Um estado especial, positivo ou negativo. Uma arma pode estar *panema* e ajudar o caçador a trazer o almoço para casa. Uma pessoa *panema* está azarada, cheia de dificuldades para realizar a tarefa a que se propôs.

Papelagem: Quantidade de papéis, folhas, documentos, certificados, certidões etc. Geralmente, papéis tidos como importantes, oficiais, formais.

Paragem: Lugar ou espaço onde se vive, onde uma casa ou uma cidade está assentada.

Passamento: Desmaio.

Pavulagem: Arremedo da palavra *pabulagem*, isto é, presunção, soberba, auto-confiança exacerbada. Uma pessoa *pávula* “conta grandezas e se vangloria; ou desdenha e despreza” o outro (Houaiss).

Pegar menino: Atender a um parto. Semelhante a aparar uma criança.

Pense: Um pequeno e comprido pedaço de pano muito limpo e alvejado é amarrado ao redor da barriga do recém-nascido formando o que chamavam de *pense de umbigo*. O

objetivo era manter o umbigo preso e seco, livre de contaminação ou qualquer outro perigo que comprometesse sua progressiva cicatrização e queda.

Pente: Em termos biomédicos, corresponderia à porção do púbis feminino. As parteiras se referiam, geralmente, ao osso púbiano que tende a se abrir em decorrência do parto. Por isso, havia mulheres com *pente aberta*, *pente fechada*, *pente verde*, *pente alta* etc. Aquelas com *pente aberta*, *alta* e *verde* geralmente pariam com maior facilidade e rapidez.

Perder a mulher ou o bebê: Quando a mulher e/ou seu bebê morrem durante ou após o parto, nem sempre a parteira é responsável pelo ocorrido. Mas, se estivesse atendendo esse caso, diz-se que a *aparadeira perdeu* a paciente e/ou o recém-nascido. Certamente, seu “currículo” ficará “manchado” com esta baixa.

Postinho: Como o Posto de saúde do Programa Saúde da Família era conhecido em Melgaço.

Puxar: Realizar algum tipo de massagem sobre o ventre de uma mulher grávida ou sobre membros e partes do corpo que sofrem de alguma dor, luxação muscular, torção. Não só parteiras, mas rezadores, puxadores, benzedeiros também fazem *puxações*.

Puxo: “Contração uterina do parto” (Houaiss). Vontade de fazer força para expelir a criança durante o trabalho de parto. Nem todas as mulheres têm *puxos*, me explicavam as parteiras, e isto dificultava seu trabalho.

Quarentar: Completar 40 dias de resguardo após o parto.

Quebranto: Mau olhado.

Rasgadura: A pele pode ser *rasgada* por um golpe de *terçado*, um baque de um pedaço de madeira, um soco ou uma queda. Quando alguém diz que *se rasgou* sente dor, inchaço, ardor e/ou dificuldade de mover aquela parte do corpo. É necessário ser *puxado* e/ou tomar algum *remédio do mato* ou *da farmácia* para aliviar os sintomas.

Regatão: “Mercador que percorre os rios de barco, parando em vários povoados” (Houaiss). Atravessador de mercadorias que vêm, geralmente, dos centros urbanos maiores.

Reimoso: Alguns alimentos são tidos como perigosos, fortes, inadequados para crianças, gestantes, idosos, convalescentes consumirem. Pode ser a gordura, as escamas, o fato de rastejar, a cor ou o cheiro de um alimento *reimoso* (fruta, pesca, caça) que faz desandar a saúde da pessoa.

Reinar: Recriminar, brigar, repreender, dar bronca.

Reparar crianças: Cuidar, pajear crianças pequenas e de colo.

Resto: Placenta.

Roupa do parto: Panos, trapos, toalhas, lençóis usados durante o parto para forrar ou limpar o chão.

Operar: Uma mulher *operada* foi esterilizada por meio de uma laqueadura.

Serimbabo: Galinhas, patos, perus.

Sinal de parto: Um primeiro e leve sangramento que indica que o trabalho de parto está prestes a começar.

Tacacá: “Caldo quente feito com a goma da mandioca, camarões e tucupi e temperado com alho, sal e pimenta, a que se adiciona jambu, erva com a propriedade de provocar sensação de formigamento na boca” (Houaiss). O tacacá pode ser encontrado facilmente em bancas pelas ruas, portos e praças do Pará e custa entre R\$1 e R\$3.

Talhar: Negar, recusar, evitar um pedido, um serviço, um favor.

Tentear: Colocar empecilho ou desculpa para não fazer uma tarefa; evitar; adiar.

Terçado: Facão grande.

Teto: Doença que acomete um recém-nascido provocando-lhe paralisia, convulsões, *mofineza*. Também chamado de *mal de sete dias*. Categoria êmica com sintomas semelhantes, mas mais amplas do que o tétano neonatal.

Tipiti: “Cesto cilíndrico de palha em que se põe a massa de mandioca para ser espremida” (Houaiss). A massa virará farinha de mandioca, o caldo que escorrer serve como base do *tucupi*, importante tempero amarelo e azedo muito usado na culinária amazônica.

Tirar/comprar na nota: Quando uma mercadoria não é paga imediatamente, ela é *afiada* e vendedor anota num caderno o que foi comprado.

Tolice: Manha, lamento, exigência tidos como fúteis, insignificantes e, no caso do parto, como falta de coragem e força da parturiente.

Toque: “Modo de exploração de certas partes interiores do corpo, em que se introduz o indicador, ou o indicador e o médio, na cavidade que se pretende investigar; exame de uma cavidade natural do corpo praticada com o auxílio dos dedos” (Houaiss). Geralmente, o toque vaginal serve para medir o progresso da dilatação do colo uterino da parturiente. Também se dizia *dedar* ou, quando *toques* repetidos, doloridos e abusivos eram realizados, *escarnicar* ou *esburacar*.

Trapiche: Longo píer de madeira que liga o hidroviário ou a beirada da cidade aos barcos ancorados.

Unidade: Como a Unidade de saúde era conhecida em Melgaço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABOUZHR, Carla. “Lecciones sobre maternidad sin riesgo”. *Foro Mundial de la Salud*, v. 19, pp. 261-269, 1997.
- ABREU, Isa Paula Hamouche. “Assistência ao parto domiciliar”. In JUCÁ, Luiza e MOULIN, Nilson (Orgs.). *Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. São Paulo: Cortez, 2002, pp. 73-77.
- ABU-LUGHOD, L. “Do muslim women really need saving? Anthropological reflections on cultural relativism and its others”. *American Anthropologist*, 104 (3), 2002, pp. 738-790.
- ACEVEDO, D. e HURTADO, E. “Midwives and formal providers in prenatal, delivery, and post-partum care in four communities in rural Guatemala: Complementarity or conflict?” In PEBLEY, A. R. e ROSERO-BIXBY, L. (Orgs.) *Demographic diversity and change in the Central American isthmus*. Santa Monica: RAND Corporation, 1997. pp. 271-326.
- ALTO, William A., ALBU, Ruth E., IRABO, Garabinu. “An alternative to unattended delivery: A training programme for village midwives in Papua New Guinea”. *Social Science and Medicine*, 32(5), 1991, pp. 613-128.
- ARQUIVOS PARTEJAR. Recife, 2004.
- ATLAS MUNDIAL. São Paulo: Companhia Melhoramentos de São Paulo, 1999.
- ATTUCH, Iara. *Conhecimentos tradicionais do Cerrado: Sobre a memória de Dona Flor, raizeira e parteira*. Dissertação [Mestrado em Antropologia]. Brasília: UnB, 2006.
- ÁVILA, Maria Betânia. “Modernidade e cidadania reprodutiva”. *Estudos Feministas* 1(2), 1993, pp. 382-393.
- BAIA, Helio Pena. *A cidade no tempo, o tempo na cidade. Elementos para a compreensão da formação histórica e geográfica da cidade de Melgaço, PA*. Dissertação. [Graduação em Geografia]. Belém: UFPA, 2004.
- BARROSO, Iraci C. *Saberes e práticas das parteiras tradicionais do Amapá: histórias e memórias*. Dissertação [Mestrado em História]. Campinas: UNICAMP, 2001.
- BATES, Henry Walter. *O naturalista no Rio Amazonas. Volume 1*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1944.
- BEEMAN, William O. e BHATTACHARYYA, Amit K. “Toward an assessment of the social role of rural midwives and its implication for the family planning program: An Iranian case study”. *Human Organization*, 37(3), 1978, pp. 295-300.

- BELTRÃO, Jane. “Tradição esquecida. Discussão sobre a importância das parteiras na saúde pública”. *Cadernos do Centro de Filosofia e Ciências Humanas*, Belém 17, 1988, pp. 127-138.
- BERQUÓ, Elza. “Brasil, um caso exemplar. Anticoncepção e parto cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar”. *Estudos Feministas* 1(2), 1993, pp. 366-381.
- BERQUÓ, Elza S. e CUNHA, Estela Maria G. P. da (Orgs.). *Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995)*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2000.
- BESSA, Lucineide F. *Condições de trabalho de parteiras: Algumas características no contexto domiciliar rural*. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Salvador: UFBA, 1997.
- BIZZARRI, Giuseppe. “Caderno de fotos”. In *Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. Nilson Moulin e Luiza Jucá (ed). Unicef: São Paulo, 2002, pp. 127-142.
- BONETTI, Alinne de Lima. “*Não basta ser mulher, tem de ter coragem*”. *Uma etnografia sobre gênero, poder, ativismo feminino popular e o campo feminista de Recife, Pernambuco*. Tese [Doutorado em Ciências Sociais]. Campinas: UNICAMP, 2007.
- _____. *Entre feministas e mulheristas: Uma etnografia sobre promotoras legais populares e novas configurações da participação política feminina popular em Porto Alegre*. Dissertação [Mestrado em Antropologia]. Florianópolis: UFSC, 2000.
- BRABO, Maria José Carvalho. *Os roceiros de Mauná*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1979.
- BRANDÃO, Nadja dos Santos. *Da tesoura ao bisturi: O ofício das parteiras 1897-1967*. Dissertação [Mestrado em História]. Porto Alegre: PUCRS, 1998.
- BRINK, Pámela J. “Traditional birth attendants among the Annang of Nigéria”. *Social Science and Medicine*, 16, 1982, pp. 1883-1892.
- BROWNER, Carole H. “The management of reproduction in an egalitarian society”. In MCCLAIN, Carol Sheperd (Org.) *Women as healers: Cross-cultural perspectives*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1995, pp. 58-72.
- CAIXETA, Vera Lúcia. *Parteiras em Minas Gerais no século XIX: Poderes e saberes compartilhados (1832-1850)*. Dissertação [Mestrado em História]. Brasília: UnB, 2003.
- CALDEIRA, Tereza. *A política dos outros: O cotidiano dos moradores da periferia e o que pensam do poder e dos poderosos*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- CARVALHO, Islene., CHACHAM, Alessandra Sampaio., VIANA, Paula. “Parteiras tradicionais e suas práticas na área rural de Pernambuco – 1996”. In *Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*, 1994, pp. 873-888.

- CASTAÑEDA-CAMEY, Xochitl., GARCÍA, B. C., ROMERO, G. X., NUÑEZ-URQUIZA, R., GONZÁLEZ, H. D., LANGER, A. "Traditional birth attendants in Mexico: Advantages and inadequacies of care for normal deliveries". *Social Science and Medicine*, 43(2), 1996, pp. 199-207.
- CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla. *Práticas obstétricas adotadas pelas parteiras tradicionais a assistência ao parto e nascimento domiciliar na Amazônia Legal, Santana, AP*. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.
- CHAZAN, LÍlian Krakowski. "Fótopgrafo de interiores: O consumo de imagens fetais e a produção do prazer de ver". In LEITAO, Débora K., LIMA, Diana N. de O., MACHADO, Rosana P. *Antropologia e consumo: Diálogos entre Brasil e Argentina*. Porto Alegre: AGE, 2006.
- COMAROFF, John e COMAROFF, Jean. *Ethnography and the historical imagination*. Boulder: Westview Press, 1992.
- _____. *Of revelation and revolution: The dialectics of modernity on a South African Frontier*, vol. 2. Chicago: University of Chicago Press, 1997.
- CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Revista Conasems* 2(15). Brasília, 2006
- CORRAL, Thaís. "Dilemas do debate populacional". *Estudos Feministas* 1(2), 1993, pp. 394-399.
- CORREA, Sonia. "Gênero e saúde: Campo em transição". In BRUSCHINI, Cristina e UNBEHAUM, Sandra G. (Orgs.). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 2002, pp. 357-388.
- _____. "'Saúde reprodutiva', gênero e sexualidade: Legitimação e novas interrogações". In GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, pp. 39-50.
- CORREA, Ivone Maria Xavier de Amorim e LEONEL, Maria Clarice. "Parteiras, pajelança e encantados: Aspectos da cultura cabocla em Melgaço". In LEONEL, Clarice (Org.) *Entre homens, arcanjos e encantados: (Re)visitando Melgaço*. Belém: UNAMA, 2002, pp. 35-49.
- COSMINSKY, Sheila. "Childbirth and midwifery on a Guatemalan finca", *Medical Anthropology* 6(3), 1977a, pp. 69-103.
- _____. "El papel de la comadrona en Mesoamerica", *América Indígena*, XXXVII(2), 1977b, pp. 305-351.
- _____. "Knowledge and body concepts of Guatemalan midwives". ARTSCHWAGER, Kay (Org.). *Anthropology of Human Birth*. Philadelphia: Davis Company, 1982, pp. 233-252.

- _____. "Traditional Midwifery and Contraception". In BANNERMAN, G. (Org.). *Traditional medicine and health care coverage*. Geneva: World Health Organization, 1983a, pp. 142-162.
- _____. "Medicinal Pluralism in Mesoamerica". In KENDALL, HAWKINS e BOSSEN (Orgs.) *Heritage of conquest: Thirty years later*. Albuquerque: University of New Mexico Press, 1983b, pp. 159-173.
- COSTA, Lucia Helena Rodrigues da. *Memórias de parteira: Entrelaçando gênero e história de uma prática feminina de cuidar*. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis: UFSC, 2002.
- COSTA, Ana Maria. "Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil". In GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, pp. 319-336.
- CRUZ, Ernesto. *Temas da história do Pará*. Belém: SPVEA, 1960.
- CSORDAS, Thomas J. e KLEINMAN, Arthur. "The therapeutic process". In SARGENT, C. e JOHNSON, T. (Orgs.) *Medical anthropology. Contemporary theory and method*. London: Westport Connecticut, 1996, pp. 3-20.
- DAMATTA, Roberto. "Panema: Uma tentativa de análise estrutural". In *Ensaio de antropologia estrutural*. Petrópolis: Vozes, 1973, pp. 67-96.
- DATASUS, Banco de dados do Sistema Único de Saúde. www.datasus.gov.br, 2006.
- DAVIDSON, Judith. "The delivery of rural reproductive medicine". In WULFF, Robert M. e FISKE, Shirley J. (Orgs.). *Anthropological praxis: Translating knowledge into action*. Boulder: Westview Press, 1987, pp. 262-272.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University of California Press, 1992, 382p.
- DEBERT, Guita Grin. "Problemas relativos à utilização da história de vida e história oral". In CARDOSO, Ruth C. L. (Org.) *A aventura antropológica. Teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986, pp. 141-156.
- DE CERTEAU, Michel. *A invenção do cotidiano: Artes de fazer*. Petrópolis: Vozes. 1996.
- DE CERTEAU, Michel e JULIA, Dominique. "A beleza do morto: O conceito de 'cultura popular'". In REVEL, Jacques. *A invenção da sociedade*. Lisboa/Rio de Janeiro: DIFEL/Editora Bertrand do Brasil, 1989, pp. 49-75.
- DEL PRIORE, Mary. *Ao sul do corpo: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro/Brasília: José Olympio/EdUnB, 1993.
- DIAS, Maria Djair. *Mãos que acolhem vidas. As parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina*. Tese [Doutorado em Enfermagem]. São Paulo: USP, 2002.

- DIRKS, Nicholas., ELEY, Geoff. e ORTNER, Sherry. "Introduction". In *Culture/power/history: A reader in contemporary social theory*. DIRKS, N., ELEY, G. e ORTNER, S. (Orgs.). Princeton: Princeton University Press, 1994.
- DOUGLAS, Mary. "Modelo corpo/casa do mundo: O microcosmo como representação coletiva". *Revista FAMECOS*, 25, 2004, pp. 138-152.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- FARMER, Paul. "Bad blood, spoiled milk: Bodily fluids as moral barometers in rural Haiti". *American Ethnologist* 15(1) 1988, pp. 63-83.
- FASANO, Patricia. *De boca en boca: El chisme de la trama social de la pobreza*. Buenos Aires: Antropofagia, 2006.
- FAUST, Betty. "When is a midwife a witch?". In WHELEHAN, Patricia (Org.). *Women and health, cross-cultural perspectives*. Massachusetts: Bergin and Garvery Publishers, Inc., 1989, pp. 21-38.
- FERRAND, Michele. "A questão dos direitos reprodutivos na França". *Estudos Feministas* número especial, 1994, pp. 79-85.
- FERRAZ, Maria das Graças. "Capacitação e cooperação interinstitucional". In LISBOA, Pedro L. B. (Org.). *Estação Científica Ferreira Pena: Ciência e desenvolvimento sustentável na Amazônia*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1999, pp. 75-100.
- FERRAZ, Maria das Graças; LISBOA, Pedro L. B.; NINNI, Karina; SANTANA, Maria R. A.; ANDRADE, Maria do S. "Programa Floresta-Modelo de Caxiuanã: Desenvolvimento sustentável de comunidades ribeirinhas". In LISBOA, Pedro L. B. (Org.). *Caxiuanã: Populações tradicionais, meio físico e diversidade biológica*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 2002, pp. 127-163.
- FIGUEIREDO, Aldrin Moura de. "Pajelança e medicina na Amazônia no limiar do século XX". In CHALOUB, Sidney *et al* (Orgs.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de História Social*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003, pp. 273-304.
- FIORETTI, Bia. <http://www.maesdapatria.com.br/>
- FITI-SINCLAIR, Ruta. "Childbirth in Papua New Guinean villages and in Port Moresby General Hospital". In LUKERE, Vicki e JOLLY, Margaret (Orgs.). *Birth in the Pacific: Beyond tradition and modernity?* Honolulu: University of Hawai'i Press, 2003, pp. 56-78.
- FLEISCHER, Soraya. "Etnografando ONGs feministas: Algumas lições da Guatemala e do Brasil". Artigo apresentado no Simpósio Temático n. 52 "Entre pesquisar e militar: Contribuições e limites dos trânsitos entre pesquisa e militância feministas". VII Seminário Internacional "Fazendo Gênero", Florianópolis: UFSC, 28-30/08/2006.

- _____. “Doulas como ‘amortecedores afetivos’: Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto”. *Revista Ciências Sociais da UNISINOS*, 41(1), 2005, pp. 11-22.
- _____. *Passando a América a limpo: O trabalho de housecleaners brasileiras em Boston, Massachusetts* São Paulo, SP: Annablume, 2002.
- _____. “Quem exotiza quem? Bastidores metodológicos do encontro de uma antropóloga e um grupo de doulas”. *Revista Barbarói*, Santa Cruz do Sul, no prelo.
- FONSECA, Claudia. *Família, fofoca e honra: Etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.
- _____. “Pais e filhos na família popular (início do século XX)”. In D’INCAO, Maria Angela (Org.). *Amor e família no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1989.
- FONSECA, Claudia. L. W. e BRITES, Jurema. "Ritos de recepção: Nomes, batismos e certidões como formas de inscrição da criança no mundo social". In: SOUSA, Sonia M.G. (Org.). *Infância e Adolescência: Múltiplos olhares*. Goiania: Editora da UCG, 2003, v. 11, pp. 11-34.
- FOUCAULT, Michel. *A palavras e as coisas*. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- FREITAS, Maria do Socorro. *Mãos que aparam vidas: As parteiras de Carururu, PE*. Dissertação [Mestrado em Sociologia]. João Pessoa: UFPB, 1997.
- GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. *Urgências e emergências em saúde: Perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes. O cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela Inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
- GOLDMAN, Noreen e GLEI, Dana A. “Evaluation of midwifery care: Results from a survey in rural Guatemala”. *Social Science and Medicine*, v. 56, 2003, pp. 685-700.
- GREENBERG, Linda. “Midwife training programs in Highland Guatemala”. *Social Science and Medicine* 16, 1982, pp. 1599-1609.
- HAHN, Robert. “Rethinking ‘illness’ and ‘disease’”. *Contributions to Asian Studies*. XVIII, 1980, pp. 1-23.
- HINCAPIÉ, Elizabeth e VALENCIA, Claudia Patrícia. “Capacitación de las parteras y su relación com la mortalidad perinatal del municipio de Quinchía, Colombia”. *Colombia Medica* 31, 2000, pp. 11-15.
- HOUAISS. Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa. Editora Objetiva, 2001.
- HURTADO, Elena. “Estudio de las características y practicas de las comadronas tradicionales en una comunidad indigena de Guatemala”. *Etnomedicina en Guatemala*, 1984, pp. 251-264.

- _____. *Desde la comunidad ... Percepción de las complicaciones maternas y perinatales y búsqueda de atención*. Guatemala, USAID, 2000.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2000*.
www.ibge.gov.br
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2005*.
www.ibge.gov.br
- JARDIM, Rejane Barreto. *Revelando o implícito. Irmãs de caridade e parteiras na formação do saber médico em Porto Alegre (1872 a 1940)*. Dissertação [Mestrado em História]. Porto Alegre: PUC, 1998.
- JEFFERY, Roger e JEFFERY, Patricia M. "Traditional birth attendants in rural North India: The social organization of childbearing". In LINDENBAUM, S. e LOCK, M. (Orgs.). *Knowledge, power, and practice: The anthropology of medicine in everyday life*. Berkeley and London: University of California Press, 1993, pp. 7-31.
- JOLLY, Margaret. "Introduction. Birthing beyond the confinements of tradition and modernity?". In LUKERE, Vicki e JOLLY, Margaret (Orgs.). *Birthing in the Pacific: Beyond tradition and modernity?* Honolulu: University of Hawai'i Press, 2003, pp. 1-30.
- JORDAN, Brigitte. "Authoritative knowledge and its construction". In In DAVIS-FLOYD, Robbie and SARGENT, Carolyn F. (Orgs.) *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997, pp. 55-79.
- _____. *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. 4ª ed. Prospect Heights: Waveland Press, Inc. 1993.
- _____. "Cosmopolitical obstetrics: Some insights from the training of traditional midwives". *Social Science and Medicine* 28, 1989, pp. 925-944.
- KELLY, Isabel. "El adiestramiento de parteras empíricas desde el punto de vista antropológico". *América Indígena* XV(2), 1955.
- KITZINGER, Sheila. *Mães, um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença, 1978.
- LA CONDAMINE, Charles Marie. *Viagem na América Meridional. Descendo o Rio Amazonas*. Rio de Janeiro: Editora Panamericana S/A, 1944.
- LANGDON, Jean E. "A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica. Conferência 30 Anos de Xingu". Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1995.
- _____. "Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana". In SANTOS, R. V. e COIMBRA, C. E. (Orgs.). *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994, pp. 115-142.

- _____. “Percepção e utilização da Medicina Ocidental pelos índios Sibundoy e Siona no Sul da Colômbia”. In BUCHILLET, D. (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi/CEJUP, 1991, pp. 207-227.
- LANNA, Marcos. “Nota sobre Marcel Mauss e o Ensaio sobre a dádiva”. *Revista Sociologia e Política* 14, 2000, pp. 173-194.
- LEAL, Ondina Fachel. “Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas”. In: LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e significado: Ensaio de antropologia social*. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 1995, pp. 13-36.
- LOPEZ, Immaculada. “O parto renasce”. *Revista Problemas Brasileiros* 335, set/out, 1999.
- MACHADO, Paula Sandrine. *Muitos pesos e muitas medidas: Um estudo antropológico sobre as representações masculinas na esfera das decisões sexuais e reprodutivas*. Dissertação [Mestrado em Antropologia Social]. Porto Alegre: UFRGS, 2003.
- MAGLACAS, A. M. e SIMONS, J. (Orgs.). *The potential of the traditional birth attendant*. Geneva: World Health Organization, 1986.
- MANGAY-ANGARA, A. “Filipinas: Establecimiento y utilización del registro nacional de parteras tradicionales”. In PIZURKI, Helena e MANGAY-MAGLACAS, A. (Orgs.). *La partera tradicional en siete países: Ejemplos prácticos de utilización y adiestramiento*. Ginebra: OMS, 1981, pp. 35-80.
- MANI, S. B. “A review of midwife training programs in Tamil Nadu”. *Studies in Family Planning*, 11(12), 1980, pp. 395-400.
- MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro, Editora Garamond, 2006.
- MARTINI, Andréa. *A margem do limite: Forneira e narrativa na Foz do Breu, Acre, Brasil*. Tese [Doutorado em Ciências Sociais]. Campinas: UNICAMP, 2005.
- MASCELANI, Ângela. “Um mergulho no mundo das parteiras”. In *Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. JUCÁ, Luiza e MOULIN, Nilson (Orgs.). São Paulo: Unicef, 2002, pp. 112-126.
- MAUSS, Marcel. “Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas”. In *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU, 1974 [1923-24], pp. 37-184.
- MELO, Núbia e VIANA, Paula. (Org.) *Mulheres e parteiras: Cidadania e direitos reprodutivos*. Recife: Grupo Curumim, 2005.
- MÉNDEZ-GONZÁLEZ, Rosa María e CERVERA-MONTEJANO, María Dolores. “Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional”. *Salud Publica de Mexico*. 44, 2002, pp. 129-136.

- MENDONÇA, Lúcia G. *Parteiras em Londrina: 1958-1995*. Dissertação [Mestrado em História das Ciências da Saúde]. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, 2004.
- MENÉNDEZ, Eduardo. “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”. *Alteridades*, 4(7), 1994, pp. 71-83.
- MEYER, Dagmar Estermann. “Direitos reprodutivos e educação para o exercício da cidadania reprodutiva: Perspectivas e desafios”. In FONSECA, Claudia., TERTO JR, Veriano., ALVES, Caleb Faria (Orgs.). *Antropologia, diversidade e direitos humanos: Diálogos interdisciplinares*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004, pp. 87-101.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Trabalhando com parteiras tradicionais*. Grupo Partejar Geração e Parto (ONG). Área técnica da Saúde da Mulher, 2ª ed. Brasília, 2000a.
- _____. *Livro da Parteira/Grupo Partejar Geração e Parto (ONG)*. Área técnica da Saúde da Mulher. Brasília, 2000b.
- _____. *Assistência ao parto normal*. Brasília, 1996.
- _____. *Diretrizes básicas de assistência ao parto domiciliar por parteiras tradicionais*. Coordenação Materno-Infantil. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Brasília, 1994.
- _____. *Manual da parteira leiga*. Brasília, 1992.
- _____. *Programa Nacional de Parteiras Tradicionais*. Brasília, 1991.
- MINTZ, Sidney. *A worker in the cane: A puerto rican life history*. Nova Iorque: Norton, 1960.
- _____. “Encontrando Taso, me encontrando”. *Dados*. 27(1), 1984, pp. 45-58.
- MOCARZEL, Eduardo. “As amigas do parto”. In *Valor*, 17/09/2004, pp. 18-19.
- _____. *Mensageiras da luz. Parteiras da Amazônia*. São Paulo: Labo Cine do Brasil, 2003, 72 minutos.
- MORAES, Raymundo. *Os igaraúnas. Romance amazônico, costumes paraenses*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1938.
- MORTON, Helen. “From Ma’uli to Motivator: Transformations in reproductive health care in Tonga”. In LUKERE, Vicki e JOLLY, Margaret (Orgs.). *Birth in the Pacific: Beyond tradition and modernity?* Honolulu: University of Hawai’i Press, 2003, pp. 31-56.
- MOTT, Maria Lucia. “Assistência ao parto: Do domicílio ao hospital (1830-1960). In *Projeto História* 25, 2002, pp. 197-219.
- _____. “Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920)”. *Revista de Enfermagem da USP* 13(1), 2001, pp. 46-43.

- _____. "A parteira ignorante: Um erro de diagnóstico médico?". *Estudos Feministas* 7(1), 1999a, pp. 25-36.
- _____. "O curso de partos: Deve ou não haver parteiras?". *Cadernos de pesquisa* 108, 1999b, pp. 133-160.
- MOTTA-MAUÉS, Maria Angélica. *Trabalhadeiras e camaradas. Relações de gênero, simbolismo e ritualização numa comunidade amazônica*. Belém: UFPA, 1993.
- MOTTA-MAUÉS, Maria Angélica e MAUÉS, Raymundo Heraldo. "O modelo da 'reima': Representações alimentares em uma comunidade amazônica". *Anuário Antropológico* 2, 1978, pp. 120-147.
- MOURA, Edila Arnaud Ferreira e LAGO, Syane de Paula. "Pará". In BERQUÓ, Elza S. e CUNHA, Estela Maria G. P. da (Orgs.). *Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995)*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2000, pp. 89-121.
- NEWMAN, Lucile. "Midwives and modernization", *Medical Anthropology* 5(1), 1981, pp. 1-11.
- OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. *Identidade, etnia e estrutura social*. São Paulo: Livraria Editora Pioneira, 1976.
- OMS/UNICEF/FNUAP. *Estimates of Maternal Mortality*. Genebra: OMS, 1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Parteras tradicionales: Guia ractica para el adiestramiento, la evaluacion y la articulacion de este personal en los servicios de salud*. Ginebra: OMS, 1979.
- _____. *Potencial de las parteras tradicionales*. Ginebra: OMS, 1986.
- _____. *Parteras tradicionales: Declaracion conjunta OMS/FNUAP/UNICEF*. Ginebra: OMS, 1993.
- _____. *Assistência ao parto normal: Um guia prático*. Genebra: OMS, 1996.
- _____. *Traditional Medicine Strategy, 2002-2005*. Genebra: OMS, 2002.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA PARA A SAÚDE. *Iniciativa Reforma Sector Salud*, 1998.
- ORO, Ari Pedro. "Neopentecostalismo: Dinheiro e magia". In GORSKI, Sonia Romero (Org.). *Antropología social y cultural en Uruguay 2002-2003*. Montevideo: UNESCO, 2003, pp. 205-214.
- O'ROURKE, K. "Evaluation of a training program for traditional birth attendants in Quetzaltenango, Guatemala". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 119(6), 1995, pp. 503-514.

- ORTNER, Sherry. "Theory in anthropology since the sixties". In *Culture/power/history: A reader in contemporary social theory*. DIRKS, N., ELEY, G. e ORTNER, S. (Orgs.). Princeton: Princeton University Press, 1994.
- _____. "Introduction". In ORTNER, S. (Org.). *The fate of "culture": Geertz and beyond*. Berkeley: University of California Press, 1999.
- _____. "Resistance and the problem of ethnographic refusal". *Comparative Study of Society and History*, 1995, pp. 173-193.
- PACHECO, Agenor Sarraf. *À margem dos Marajós: Memórias em fronteiras na nascente "cidade-floresta" Melgaço*. Dissertação [Mestrado em História Social]. São Paulo, PUC, 2004.
- _____. *Lembranças de uma vida: A cidade de Melgaço e a casas de farinha no olhar do farinheiro – 1927-1998*. Dissertação [Graduação em História]. Belém: UFPA, 1999.
- PARRA, Pilar. "Midwives in the Mexican health system". *Social Science and Medicine* 37(11), 1993, pp. 1321-1329.
- PAUL, Lois. "Recruitment to a ritual role: The midwife in a Maya community". *Ethos* 3, 1975, pp. 449-467.
- PEREIRA, Maria Luiza Garnelo. *Fazendo parto, fazendo vida: Doença, reprodução e percepção de gênero na Amazônia*. Dissertação [Mestrado em Ciências Sociais]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1993.
- PIGG, Stacy Leigh. "Authority in translation: Finding, knowing, naming, and training 'traditional birth attendants' in Nepal". In DAVIS-FLOYD, Robbie and SARGENT, Carolyn F. (Orgs.) *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997, pp. 233-262.
- PILLSBURY, Bárbara L. K. "Policy and evaluation perspectives on traditional health practitioners in national health care systems". *Social Science and Medicine* 16, 1982, pp. 1825-1834.
- PINTO, Benedita Celeste de Moraes. *Nas veredas da sobrevivência. Memória, gênero e símbolos de poder feminino em povoados amazônicos*. Belém: Paca-Tatu, 2004.
- _____. "Vivências cotidianas de parteiras e 'experientes' do Tocantins" *Estudos Feministas* 10(2), 2002, pp. 441-448.
- _____. "Parteiras e poções vindas das matas e ribanceiras dos rios". *Projeto História*, 23, 2001, pp. 321-345.
- PIRES, Tainá. "Profissão: Parteiras". *Outras palavras* 7, 2000. http://www.ac.gov.br/outraspalavras/outras_7/parteira.html

- PITANGUY, Jacqueline. “O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos”. In GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, pp. 19-38.
- PIZURKI, Helena e MANGAY-MAGLACAS, A. *La partera tradicional en siete países: Ejemplos prácticos de utilización y adiestramiento*. Ginebra: OMS, 1981.
- PRADO, Maria Ligia Coelho e CAPELATO, Maria Helena Rolim. “A borracha na economia brasileira da Primeira República”. In FAUSTO, Boris (Org.) *O Brasil Republicano. Tomo III. Estrutura de poder e economia (1889-1930)*. São Paulo: DIFEL, 1977, pp. 285-307.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2000*. Brasília: PNUD, 2000.
- REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Dossiê Humanização do Parto*. 2002.
<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiehumanizacaodoparto.html>
- REIS, Artur César Ferreira. “O Grão-Pará e o Maranhão”. In HOLANDA, Sergio Buarque de. (Org.). *O Brasil Monárquico. Tomo II. Dispersão e unidade*. Rio de Janeiro/São Paulo: DIFEL, 1978. pp. 69-172.
- RIBEIRO, Mariska. “Direitos reprodutivos e políticas descartáveis”. *Estudos Feministas* 1(2), 1993, pp. 400-407.
- ROZARIO, Santi. “The dai and the doctor: Discourses on women’s reproductive health in rural Bangladesh”. In RAM, Kaplana e JOLLY, Margaret (Orgs.). *Maternities and modernities: Colonial and postcolonial experiences in Asia and the Pacific*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998, pp. 144-176.
- SACCHI, Ângela. “Mulheres indígenas: O processo organizativo e as demandas de genero”. In VERDUM, Ricardo (Org.). *Assistência técnica e financeira para o desenvolvimento indígena*. Rio de Janeiro/Brasília: ContraCapa Livraria/Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural, Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2005, pp. 141-159.
- SACRAMENTO, Benedito Pantoja. *Perfil sócio-econômico das parteiras tradicionais do município de Melgaço, PA*. Dissertação. [Graduação em Enfermagem com Especialização em Saúde da Família]. Belém: UEPA, 2005.
- SALOMON, Christine. “Obligatory maternity and diminished reproductive autonomy in A’jië and Paicî Kanak societies”. In LUKERE, Vicki e JOLLY, Margaret (Orgs.). *Birthing in the Pacific: Beyond tradition and modernity?* Honolulu: University of Hawai’i Press, 2003, pp. 79-99.
- SANTOS, Fabiane Vinente. “Brincos de ouro, saias de chita: Mulher e civilização na Amazônia segundo Elizabeth Agassiz em Viagem ao Brasil (1865-1866)”. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos* 12(1), 2005, pp. 11-32.

- SARTI, Cynthia. *A família como espelho: Um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: Autores Associados, 1996.
- SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.
- _____. “As múltiplas faces da maternidade”. *Cadernos de Pesquisa* 54, 1985.
- SCHEEPERS, Lidwien M. “Jidda: The traditional midwife of Yemen?”. *Social Science and Medicine* 33 (8), 1991, pp. 959-962.
- SCOTT, James. *Domination and the arts of resistance: Hidden transcripts*. New Haven: Yale University Press, 1990.
- _____. *Weapons of the weak: Everyday forms of peasant resistance*. New Haven: Yale University Press, 1985.
- SESIA, Paola. “‘Women come here on their own when they need to’. Pre-natal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca”. In DAVIS-FLOYD, Robbie and SARGENT, Carolyn F. (Orgs.). *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997, pp. 397-420.
- SIGAUD, Lygia. “As vicissitudes do ‘Ensaio sobre o dom’”. *Mana* 5(2), 1999, pp. 89-124.
- SILVA, Hilton P. “Sócio-ecologia da saúde e doença: Os efeitos da invisibilidade nas populações caboclas da Amazônia”. In ADAMS, Cristina; MURRIETA, Rui; NEVES, Walter (Orgs.). *Sociedades caboclas amazônicas: Modernidade e invisibilidade*. São Paulo: Annablume, 2006, pp. 323-350.
- SILVA, Maria das Gracias S. N. *Parteiras ribeirinhas: Saúde da mulher e o saber local*. Tese [Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido]. Belém: Universidade Federal do Pará, 2004.
- SIMMEL, Georg. “A ruína”. In SOUZA, Jessé e ÖELZE, Berthold (Orgs.). *Simmel e a modernidade*. Brasília: Editora da UnB, 2005, pp. 135-142.
- SPIX e MARTIUS. *Viagem pelo Brasil (1817-1820) Volume III*. Belo Horizonte/São Paulo: Itatiaia/Edusp. (1ª ed.: *Reise in brasilien* [1821-1831]), 1981.
- STEPHENS, Carolyn. “Training urban TBAs: Balancing international policy and local reality. Preliminary evidence from the slums of India on the attitudes and practices of clients and practitioners”. *Social Science and Medicine* 35 (6), 1992, pp. 811-817.
- TARGINO, R. B. *Visão sócio-antropológica da parteira curiosa: Dimensões política-educativa-terapêutica, rezas, ritos e ervas*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1992.
- THE CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY. *Women of the world: Laws and policies affecting their reproductive lives. Latin America and The Caribbean, Progress Report 2000*. New York, 2000.

- THOMPSON, E. P. *Costumes em comum: Estudos sobre a cultura popular tradicional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.
- TORNQUIST, Carmen Susana. *Parto e poder. O movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese [Doutorado em Antropologia Social]. Florianópolis: UFSC, 2004.
- _____. “Armadilhas da Nova Era: Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto”. *Estudos Feministas*, 10(2), 2002, pp. 483-492.
- TORNQUIST, Carmen Susana e LINO, Fernanda. “Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil: Los cuentos hacen pensar”. *Intersecciones en Antropología* 6, 2005, pp. 211-217.
- TREVATHAN, Wenda. *Human birth: An evolutionary perspective*. New York: Aldine De Gruyter, 1987.
- VARGAS, Rosana e NACCARATO, Paola. *Allá, las antiguas abuelas eran parteras. Etnografía de las parteras empíricas*. Lima: Flora Tristán Centro de la Mujer Peruana, 1993.
- VELIMIROVIC, Helga e VELIMIROVIC, Boris. “The role of traditional birth attendants in health services”. *Medical Anthropology* 5, 1981, pp. 89-105.
- VERDERESE, Maria de Lourdes e TURNBULL, Lily M. *The traditional birth attendant in maternal and child health and family planning: A guide to her training and utilization*. Geneva: World Health Organization, 1975.
- VIANA, Paula. “Parir em casa. Parir no hospital. O que leva as mulheres a decidirem sobre o local do seu parto em Breves, PA?”. Mimeo, s/d.
- VÍCTORA, C. G. A “mãe do corpo” dentro do corpo da mãe. *Corpus. Cadernos do NUPACS*, 1999.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni. “A medicalização do corpo feminino”. In GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, pp. 67-78.
- VIEIRA, Marisa Reginatto. *Resgate das práticas de parteiras leigas: A humanização da atenção ao parto*. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Porto Alegre: UFRGS, 2004.
- VILLATORO, Elba. “La comadrona a través de la historia en las prácticas obstétrico pediátricas: Una experiencia en el área IXIL, Quiché”. *La Tradición Popular* 97, 1994.
- _____. “El papel de la mujer en la atención obstétrica-pediatrica en Guatemala”. *Tradiciones de Guatemala*. Centro de Estudios Folkloricos. Universidad de San Carlos 45, 1996.
- _____. “La comunicación popular y salud materno infantil”. *Tradiciones de Guatemala* 30, 1989, pp. 61-73.

_____. “Concepción y simbolismo en la medicina tradicional de Guatemala”. *Tradiciones de Guatemala* 34, 1990, pp. 27-37.

WHITAKKER, Andrea. “Birth and the postpartum in northeast Thailand: Contesting modernity and tradition”. 215- *Medical Anthropology* 18(3), 1999, pp. 242.

ZELIZER, Viviana. “Circuits within capitalism”. In NEE, Victor e SWEDBERG, Richard (Orgs.). *The economic sociology of capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 2005.

_____. *The social meaning of money. Money, paychecks, poor relief, and other currencies*. Princeton: Princeton University Press, 1997.

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](#)