

A construção do cuidado das parteiras tradicionais: um saber/fazer edificante

The construction of care of the traditional midwives: an edificant knowledge/practice

La construcción del cuidado de las parteras tradicionales: un saber/hacer edificante

Moema da Silva Borges

Professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde/Universidade de Brasília, DF. Doutoranda do Programa de Pós-graduação de Ciências da Saúde da Faculdade da Saúde/UNB.

Diana Lúcia Moura Pinho

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-graduação de Ciências da Saúde da Faculdade da Saúde - UNB, Brasília, DF.

Dirce Guilhen

Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-graduação de Ciências da Saúde da Faculdade da Saúde - UNB, Brasília, DF.

RESUMO

Este artigo apresenta uma pesquisa realizada no Distrito Federal e região do Entorno do DF com o objetivo de identificar as representações sociais das parteiras tradicionais acerca do cuidado. Parte-se do pressuposto de que a base epistemológica da produção sobre o cuidado está ancorada em saberes científicos e também em outros saberes e práticas advindos do conhecimento do senso comum, dentre os quais se situa o trabalho das parteiras tradicionais. A partir dos dados colhidos acerca das características da prática, do nível de envolvimento com o fazer, da forma de construção do saber/fazer e das possibilidades de articulação da prática com outros saberes buscou-se identificar aspectos significativos da temática *cuidado na visão das parteiras*.

Descritores: Cuidado; Parteiras tradicionais; Saúde da mulher.

ABSTRACT

This article presents a research carried through in Distrito Federal and surroundings with the objective to identify the social representations of the traditional midwives regarding the care. It's based on the starting point that the epistemological basis of the production about the care is anchored in scientific knowledge and also in different kinds of knowledge and practices originated from the knowledge of the common sense, amongst which it is the work of the traditional midwives. Considering the collected data in relation to the characteristics of the practice, the level of involvement with the practice, the way of construction of knowledge and practice and the possibilities of jointing practice with other kinds of knowledge, the aim was to identify significant aspects of the thematic care according to traditional midwives' vision.

Descriptors: Care; Midwives; Women's health.

RESUMEN

Este artículo presenta una investigación llevado a través del Distrito federal y los alrededores del DF con el objetivo de identificar las representaciones sociales de las parteras tradicionales acerca del cuidado. El punto de partida es que la base epistemológica de la producción sobre el cuidado está anclada en el conocimiento científico y también en otros conocimientos y en las prácticas del conocimiento del senso común, entre los cuales está el trabajo de las parteras tradicionales. A partir de los datos recogidos sobre las características del trabajo práctico, el nivel de la implicación, la acción práctica, la forma de construcción del saber/hacer y las posibilidades de articular la acción práctica con otros saberes, buscó-se identificar aspectos significativos de la temática el cuidado en la visión de las parteras tradicionales.

Descritores: Cuidado; Parteras tradicionales; Salud de la mujer.

Borges MS, Pinho DLM, Guilhen D. A construção do cuidado das parteras tradicionais: um saber/fazer edificante. Rev Bras Enferm 2007 maio-jun; 60(3):317-22.

1. INTRODUÇÃO

A construção do fenômeno do cuidado revela-se, para cada ator social, a partir de suas experiências e concretiza-se na prática. O sentido do cuidado é intrínseco à representação de mundo de cada indivíduo, grupo e sociedade. Todavia, a significação do mundo não é monolítica e fundamenta-se em diferentes experiências e bases epistemológicas.

Diante disso, pode-se dizer que as experiências acerca de um mesmo objeto, aqui representado pelo cuidado, são diferentes e dependem da base epistemológica? A base epistemológica da produção sobre o cuidado está ancorada em saberes científicos e outros saberes e práticas advindas do conhecimento do senso comum.

Martin Heidegger⁽¹⁾, conhecido como o filósofo do cuidado, afirma que "do ponto de vista existencial, o cuidado se acha a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que

Submissão: 20/11/2006

Aprovação: 31/03/2007

ele se acha em toda atitude e situação de fato". Por se encontrar na raiz primeira do ser humano, o autor reconhece "o cuidado como um modo-de-ser essencial, sempre irredutível à outra realidade anterior"⁽¹⁾. Para ele, isto implica dizer que o modo-de-ser-cuidado revela de maneira concreta a constituição do ser humano, pois, sem o cuidado, o humano não é um ser humano.

Nesse sentido, o cuidado revela o humano, e compreendê-lo requer tanto a apreensão da complexidade do fenômeno em si, quanto da natureza humana. Assim, o cuidado como modo de ser e fazer-se relacionar perpassa toda existência humana e vai se moldando em diferentes formas de saber e construir conhecimento com o mundo e com o outro.

Essa teia caracteriza o cuidado como uma rede complexa de ações que envolvem saberes, valores, crenças, ideologias e sentidos que estão para além do significado da compaixão e da aplicação técnica do conhecimento. Segundo Pinheiro e Guizard⁽²⁾, "a atenção do cuidado não se refere a um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como direito de ser humano".

Ao contrário do que se possa imaginar nos dias de hoje, as práticas de cuidado não nasceram em torno da doença. Segundo Collière⁽³⁾, a teia fundamental do cuidado foi tecida em torno da vida e da morte, e de tudo o que permitia sobreviver, como lutar contra a fome e estar abrigado. Nesse sentido, o cuidado é promotor da vida, fazendo-se necessário ao mundo e à sua perenidade. O ato de cuidar é uma ação ética, cuja intenção consciente é preservar o todo, potencializar a cura, resguardar a autonomia, a solidariedade, a liberdade e a responsabilidade das pessoas, bem como os processos geradores da vida e toda sua complexidade^(1,4-6).

Waldow⁽⁴⁾ sinaliza que "parece inegável, atualmente compreender que o cuidar, em seu sentido pleno é integral, universal, existencial e relacional e é a condição para a sobrevivência humana". Nesse contexto, a teia do cuidado pode ser revelada na relação entre o saber das ciências, outros saberes e formas de conhecimento?

É cada vez maior o reconhecimento da complexidade e multiculturalidade do cuidado, assim como da importância da valorização do cuidado informal, seja da família, dos vizinhos e da comunidade, bem como de diferentes práticas oriundas de outras racionalidades^(2,7,8). Por exemplo, dos saberes e práticas produzidos pela bezendeiras, parteiras, raizeiros, rezadeiras, dentre outros.

Nessa perspectiva, compreender os modos de produção do cuidado é questão crucial para a apreensão do fenômeno em todas as dimensões, considerando que as práticas do cuidado constituem-se como resultado de um processo ativo de interpretações dos significados dentro de um contexto cultural, social e histórico específico que permite aos indivíduos fazer frente aos desafios da vida cotidiana⁽⁹⁾.

O modo de produção do cuidado em saúde, de uma forma geral, tem sido determinado pela política capitalista globalizada que favorece a intensificação das desigualdades sociais. Essa lógica regula e permeia a organização dos serviços de saúde, bem como as ações de cuidado. Essa regulação é institucionalizada, ainda segundo os critérios ditados pela racionalidade científica. O saber científico, muitas vezes, não considera que no bojo das ações do cuidado encontra-se um conjunto de valores, representações, padrões culturais, necessidades e práticas produzidas por diversos atores sociais. Assim, toda ação de cuidado oriunda de outros saberes que escape a seu escopo não é reconhecida como um saber válido⁽¹⁰⁾.

Ao discutir os tipos de conhecimento científico, Santos⁽¹¹⁾ distingue duas redes de aplicação do conhecimento: a aplicação técnica e a aplicação edificante. Para o autor, a aplicação técnica do conhecimento, embora se configure na condição da práxis da sociedade contemporânea, deverá regular sua eficácia por critérios *que lhe são estranhos*. Para tanto, propõem um outro modelo de aplicação do conhecimento, mais adequado à era pós-moderna, que chama de aplicação edificante. Assim, *a aplicação edificante não prescinde de aplicações técnicas, mas submete-se às exigências do*

know-how ético⁽¹¹⁾.

De uma aproximação entre as ações derivadas das redes de aplicação do conhecimento (técnico e edificante) pode-se apreender que a produção do cuidado humano é permeada por aplicações técnicas e edificantes; a distinção pode ser evidenciada pelas "relações sócio-éticas" do modo de produção do cuidado. Na aplicação técnica, o sujeito técnico não é obrigatoriamente um sujeito ético; já na aplicação edificante não há discrepâncias entre o sujeito ético e o sujeito técnico.

Nesse contexto, o presente estudo busca a apreensão das representações sociais que as parteiras tradicionais têm acerca do cuidado, a fim de compreender as bases epistemológicas e os fundamentos éticos que ancoram os modos de produção desse conhecimento. Busca-se favorecer o diálogo entre diferentes saberes rumo à integralidade da ação de cuidar.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa realizado no Distrito Federal e região do Entorno do DF. Para coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevista guiada, com roteiro semi-estruturado, dividido em quatro blocos temáticos – buscou-se identificar as características da prática, o nível de envolvimento com o fazer, a forma de construção do saber/fazer e as possibilidades de articulação da prática com outros saberes.

As entrevistas – realizadas no mês dezembro de 2005, em Brasília, no local onde acontecia a Oficina de Capacitação de Parteiras Tradicionais na Redução/ Prevenção de Transmissão Vertical das DST/HIV/ Hepatites da Região Sudeste e Centro Oeste – foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora responsável pela entrevista. Para auxílio na análise do material verbal, utilizou-se o *software* Alceste (análise lexical por contexto de um conjunto de segmentos de um texto) que analisa quantitativamente os dados textuais. A partir desses dados, buscou-se, no contexto dos depoimentos, identificar aspectos significativos da temática - *cuidado na visão das parteiras* – características de prática e envolvimento; construção do saber/fazer, articulação da prática com outros saberes, permitindo a conformação da análise quantitativa, a partir do agrupamento dos conteúdos verbalizados, definição de categorias que possibilitassem a apreensão das representações do conjunto correspondente do estudo.

Obedecendo à Resolução 196/96, os dados foram coletados após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde. As participantes do estudo, após concordarem em participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento informado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa quatro parteiras, mulheres com idade entre 38 e 73 anos, residentes na região do entorno do Distrito Federal, com tempo de prática entre 20 e 50 anos. Três delas professam a religião católica e uma é umbandista.

Da análise do conteúdo, emergiram dois blocos compostos de cinco classes de palavras, possibilitando apreender as representações das participantes do estudo acerca do cuidado.

A análise da figura 1 revela a existência de dois grandes blocos. Um formado pelas classes 1, 4 e 3, que denotam as condições de construção do saber/fazer das parteiras; e outro, formado pelas classes 2 e 5, que se referem ao sentido ético do cuidado.

Para efeito de compreensão da análise, esclarecemos que o Alceste considera as relações estatísticas com valores acima de 0,5 como mais significativa e denominadas fortes, enquanto que as relações abaixo desse percentual são consideradas menos significativas e consideradas fracas. Assim, quanto mais próxima de 1, mais forte será a relação. As relações fortes são representadas por linhas contínuas e as fracas por linhas tracejadas⁽¹²⁾.

Vale ainda ressaltar, que a força da relação entre as classes é expressa pela proximidade dos conteúdos dos discursos dos participantes, ou seja, as

1	4	3	2	5
Fazer é preciso	Fazer e Aprender apesar dos pesares	Fazer para proteger a mãe e a criança	Cuidado como compromisso Individual	Cuidado como compromisso social
Dona Senhor Preparei Casa Fui Falei Marido Chegou Botei	Minha Mãe Cavalo Estava Menina Filha Meu Sai Medo	Fazia Pegava Ficava la Punha Algodão Bem Banho Dizia Paninho Folha	Gente Muita Tem Mundo Momento Preparada Sim Espiritualmente Estar Humano	Parteira Médico Estou Ajudando Carinho Curso Tem Hospital Ajuda Sonho

Figura 1. Dendograma do Corpus das Representações Sociais do Cuidado das Parteiros, organizado em cinco classes.

classes 1,4 referem-se às condições do saber/fazer. Enquanto, a classe 1 traduz o porque do saber fazer a classe 4 diz como se aprendeu.

O primeiro bloco foi composto das classes: *Fazer é preciso*; *Fazer e aprender, apesar dos pesares*; *Fazer para proteger a mãe e a criança* (fig.1). Essas classes revelam as bases epistemológicas de construção do saber/fazer das parteiras, evidenciando um conhecimento fundado em ações eminentemente práticas, os desafios da prática do ato de partejar e relaciona-se ainda à tessitura do contexto social e às circunstâncias do aprendizado da sua prática, revelando sua finalidade.

O segundo bloco, que agrega as classes *Cuidado como compromisso individual e Cuidado como compromisso social*; desvela o sentido ético da prática do cuidado. Apreende-se que as práticas do cuidado são percebidas como necessidade de acolhimento da carência humana, ganhando significado no contexto real da sua produção. Desvenda, ainda, os valores e as crenças que ancoram esse conhecimento, bem como o sentimento de tristeza causado pela perda dos valores éticos do humano.

A seguir, apresenta-se uma análise mais detalhada do conteúdo das representações apreendido em cada um dos blocos.

3.1. Fazendo, Refletindo e Conhecendo.

No primeiro bloco, foi possível observar que a classe *Fazer é preciso* revela que a construção do saber/fazer das parteiras tradicionais se sustenta na importância em dar continuidade à sua prática motivada pelas suas necessidades cotidianas, descortinando uma robusta base solidária e ética. Duas razões podem ser apontadas como responsáveis para este fato: 1) o envolvimento das parteiras em situação que implica perigo de vida para a mulher e a criança; 2) o cumprimento de uma missão, traduzida numa atitude de fé e respeito à vida.

Quanto à primeira demanda, é possível inferir que tomar decisões para auxiliar uma mulher em trabalho de parto requer uma ação atenta e ativa, em virtude da tensão que o evento provoca. Este aspecto é intensificado pela inexistência de recursos técnicos e humanos.

A adoção de práticas de saúde advindas do senso comum no cotidiano das populações assinala um tipo de rede alternativa de acolhimento, ou tática de resistência. O caráter de resistência é ratificado por Santos¹¹, quando afirma que o conhecimento do senso comum contém sentido de resistência, pois reflete o conjunto de relações existentes numa sociedade e não necessariamente concepções superficiais. Esse comportamento de resistência faz frente aos desafios e às limitações do cotidiano da comunidade.

Por isso mesmo, o cuidado em saúde derivado do conhecimento do senso comum ganha relevância nas áreas rurais, aonde os serviços oficiais

raramente chegam. O estudo de Pinto⁶⁾ junto às parteiras do Tocantins ratifica essa realidade. Nas palavras da autora, as parteiras “têm plena consciência de que, na maioria das vezes, dependendo do lugar e da distância, elas são as únicas pessoas responsáveis pela saúde de seus habitantes. Pois, para essa população a saúde, um direito universal, assegurado na Constituição Federal de 1988, ainda está longe da realidade”.

Outro aspecto importante diz respeito ao laço terapêutico estabelecido a partir da vinculação da parteira, da parturiente e sua família, construído por meio de significativa relação interpessoal. A enfermeira Watson¹³⁾, ao discorrer sobre o que considera essencial e o que pensa ser acessório nos cuidados de enfermagem, não titubeia em afirmar que o essencial é a ação interpessoal da enfermeira e do paciente com vistas a produzir neste um resultado terapêutico. Enquanto o acessório dos cuidados de enfermagem é o conjunto das técnicas, dos protocolos, das terminologias, das formas de organização, dos contextos dos cuidados.

Nesse caminho argumentativo, Maldonado e Canella¹⁴⁾ assinalam que “o êxito terapêutico, ao contrário do que pretendem aqueles que louvam a ascensão da tecnologia impessoal, depende, na prática, da comunicação estabelecida durante a consulta” (p. 2). As parteiras estabelecem uma rede de conversação que produz um resultado terapêutico eficaz, tecido no respeito e solidariedade entre outras habilidades interpessoais.

A comunicação na ação de cuidado das parteiras alimenta o sentido de rede e solidariedade humana, reforçando o sentido de resistência da ação. Além disso, “o apoio social também reforça a auto-estima e a confiança, permitindo que os sujeitos tenham maior controle das situações e enfrentem melhor as adversidades da vida”⁽¹⁵⁾.

A segunda razão – o cumprimento de uma missão, traduzida numa atitude de fé e respeito à vida – remete ao entendimento de dignidade humana ou princípio de sacralidade da vida, que prima por “assegurar o valor moral da existência humana e fundamenta diferentes mecanismos que garantem o direito de estar vivo”⁽¹⁶⁾.

Para as parteiras, o valor moral compartilhado é o que reconhece a vida humana como fruto de uma ação de cuidado que se avizinha do desejo de persistir na existência humana. Para elas partejar faz parte de uma missão que foi atribuída por Deus e por isso, entendem que ele estará sempre ao seu lado e, sobretudo, nas horas de aflição, sendo o seu guia.

O extrato de texto a seguir exemplifica bem as duas razões:

“Quando dão onze horas da noite me chega ela sentada numa carroça, toda molhada, as contrações uma atrás da outra. E eu disse: menina que negocio é esse? Ela disse: Por favor, não fala nada comigo não, vem cá

me acudir (...) ela tem treze anos, olha que perigo. Então eu disse: Oh! Jesus está em minhas mãos. O que faço? (P-3).

Um outro extrato assinala a necessidade de fazer e aprender:

Preparei a janta depressa, mandei o marido jantar com as crianças e quando entrei no banho de sal, que comecei a banhar a barriga, passei a mão e vi que o menino estava atravessado. Ai fui virando ele e quando dei por mim, ele estava nascendo (...) quando eu passei a mão peguei no pezinho. Ai assustei, fui no outro mundo e voltei. Em vez de vir a cabeça, parece que estava vindo uma volta da minha tripa. Mas, ai, eu fui acalmando, voltando para mim, levei a mão e vi que era o pezinho, ai peguei um pezinho, depois peguei o outro, fui ajeitando até pegar o corpinho. Quando chegou a cabeça esbarrou. E eu pelejando, e pedi ao Pai do Céu, para não deixar meu filho morrer. Pelejei, pelejei e nada. Então, ouvi o movimento do meu marido entrando em casa. Ai gritei! Abre a porta. Ele disse: entrar como? Se você trancou a porta e tremelou a janela. Então, eu pedi proteção ao divino Espírito Santo e, fui me arredando devagarzinho até destremelar a janela. Ele pulou a janela. Eu disse vem por trás, me pega por baixo dos braços e dá umas sacudidas. Quando ele deu a primeira o menino rompeu e na terceira ele chorou. Nasceu, chorando e eu dando graças a Deus. (P-1)

A classe **Fazer e aprender, apesar dos pesares** revela o contexto social e as circunstâncias da construção do conhecimento da arte de partejar; explicita ainda que, nesse contexto, houve a necessidade de enfrentamento de uma situação, impondo escolhas, entre abandonar a mulher ou prestar o cuidado. Em alguns casos, essas situações foram percebidas como críticas. Mas a experiência vivida lhes conferiu o reconhecimento da comunidade como cuidadoras do nascimento.

Essa 'prova de fogo' vai ao encontro da exposição circunstanciada por Collière⁽⁹⁾, ao afirmar que o valor social das práticas de cuidado das mulheres sempre foi determinado pelo que elas eram e tinham sido capazes de viver. Com esta idéia, a autora faz referência à experiência interiorizada e vivida no próprio corpo, ou seja, no ato de dar à luz. Assinala-se que mesmo que o evento não tenha sido vivida em si, não se pode negar que a experiência de apoiar uma mulher no ato de parir não se constitua também em uma forma de autotransformação e aprendizado.

Esse tipo de aprendizado está de acordo com a visão de Pinheiro e Guizardi⁽²⁾, ao se referirem ao processo desencadeado por uma epistemologia de base prática. A prática pode ser "uma ação da qual já se sai transformado, a partir de um fazer-saber que não se reduz ao ato de dissertar, escrever ou, melhor dizendo comunicar o que se sabe".

Os fragmentos de texto a seguir deixam transparecer a experimentação da situação em pauta, que requereu um olhar reflexivo sobre o fato vivido, para apreensão de suas significações:

Foi tanto, que uma vez quando eu estava esperando a primeira menina que eu apanhei sozinha, meu marido saiu a cavalo para ir buscar minha mãe, tinha que andar duas léguas à noite. Eu falei não vai porque eu não vou esperar chegar (...) Num instante eu ganhei a menina, quando ela chorou. O meu filho mais velho disse: mãe, neném. Eu respondi: é meu filho, levanta e abre aquela mala e pega umas roupinhas (P-1).

Fez o parto de dona Fulaninha, da tia dela. Então as outras mulheres que estavam grávidas e quando estavam na hora de parir, chamava quem? Fulana de Maria que era minha mãe. Eu fui fazendo e aprendendo. Quando tive que aparar a minha primeira filha, eu já sabia de tudo, porque tive que aparar os filhos de outras mulheres. Eu não conhecia os sintomas da gravidez, mas saber como nascia um menino e, o que era preciso saber, eu sabia. (P-2).

A classe **Fazer para proteger a mãe e a criança** aponta para a finalidade do saber/fazer. Depreende-se que as bases do saber/fazer são sustentadas no conhecimento do senso comum. As parteiras aprenderam sobre as potencialidades medicinais das plantas e lançam mão desses conhecimentos para prevenir os males que podem acometer a mãe e a criança, após o parto.

Considerando que os cuidados prestados pela parteira acontecem em locais distantes, aonde em geral não há acesso ao serviço de saúde, faz-se necessário que elas busquem estratégias para promover e prevenir a saúde da mãe e do filho. No imaginário da sua comunidade, "as parteiras são vistas, como médicas, enfermeiras, farmacêuticas, capazes de fazer aliviar, com unguentos, banhos, chás de ervas e rezas, as dores e os males da população que não conta com outro recurso"⁽⁹⁾.

Assim, verifica-se que as parteiras atendem a demanda de prevenção da saúde de sua comunidade valendo-se dos recursos que estão a sua mão. O fenômeno caracterizado pelo não atendimento das necessidades de saúde da população, em virtude da ausência de recursos adequados, tem sido denominado pelos sociólogos de lei dos cuidados inversos⁽¹⁷⁾.

O conhecimento sobre as propriedades curativas das plantas é demonstrado nos estratos a seguir:

A folha só da salsinha, só o alho roxo macetado. A casca do alho é que é bom. Um dia eu explico por que. A folha só da salsa, a raiz fazia um chá para tirar tudo do útero, desinflama. (P-1);

Quando o neném tá com cólica, a gente faz o chazinho de poejo. Dá chá de erva doce é bom. E o próprio umbiguinho, a gente pega, bota um pouquinho de água e deixa descansar dentro. (P-3).

As receitas das parteiras demonstram que o conhecimento ancestral de preparação de remédios à base de plantas se mantém nos dias de hoje. Muraro⁽¹⁸⁾ relembra que, desde a antiguidade, as mulheres eram as parteiras e curadoras populares que, embora sem possuir formação acadêmica, detinham um conhecimento transmitido oralmente, de geração em geração, e cultivavam as ervas que devolviam a saúde à população.

Nessa mesma linha de argumentação, Collière⁽⁹⁾ faz referência ao saber da mulher como a principal detentora do patrimônio de conhecimentos de cuidado do corpo e da utilização de plantas, pois eram elas que se ocupavam de cuidar das pessoas. Também "tinham a sua disposição mil remédios cuja utilização era praticada havia muitos anos, à base de ervas com virtudes curativas que ainda hoje se encontram entre os medicamentos modernos".

Como se pode verificar, nem mesmo a luta de influência religiosa e política, desencadeada pelo poder da medicina e da igreja que levou sobretudo as mulheres à fogueira, conseguiu destruir esse tipo de sabedoria.

3.2 As bases éticas do cuidado: a integralidade da ação individual e social

No detalhamento das classes que compuseram o segundo bloco, apreendemos aspectos ligados ao escopo ético da prática das parteiras.

Na classe denominada **Cuidado como compromisso individual**, apreende-se uma das dimensões do sentido da integralidade assumida pelo cuidado praticado pelas parteiras. No Brasil, a noção de integralidade tem sido forjada como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo uma expressão polissêmica, um dos seus sentidos traduz "uma construção coletiva que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados"⁽²⁾.

Palácios⁽¹⁹⁾ assinala que a preocupação com o bem-estar do indivíduo é também uma das preocupações essenciais do campo da saúde pública. Portanto, não se deve perder o foco na individualidade quando se observa o coletivo e nem na coletividade quando se enfoca o indivíduo.

Nesse sentido, ao estabelecer um paralelo entre o saber/fazer das parteiras e as ações que regem os princípios das políticas de integralidade, é possível apreender o paralelo entre as duas ações. As ações de integralidade têm por

objetivo assegurar "aos indivíduos à atenção à saúde dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como, a compreensão, em sua totalidade, dos indivíduos coletivos em suas singularidades"⁽²⁰⁾.

Nessa linha de pensamento, observa-se que na ação a parteira busca primeiramente atender as necessidades e singularidades do binômio mãe-filho. Porém, seus cuidados são estendidos posteriormente a toda a família. O sentido de responsabilidade é o guia da prática, e exige uma preparação física e espiritual, para proteção e autoproteção. O cuidado, para as parteiras, é de fundamental importância, e revela o sentimento do orgulho pelo desempenho da prática. Mas, ao mesmo tempo, explicita, também, tristeza pela perda dos valores humanos, de respeito, amor e compreensão do outro:

Cuidado humano é respeitar o direito do outro. É respeitar aquela mulher que está na minha frente, é respeitar aquele momento de fragilidade dela, eu não posso me mostrar descuidada senão estarei zombando da fragilidade dela (...) Isso deixa a gente muito triste. Mas que nossa profissão é bonita é, sem sombra de dúvidas ela é sim. Precisamos resgatar esses valores, eu chamo isso de amor, compreensão, trabalho humanitário. É preciso estar preparada espiritualmente. (P-2).

Na classe denominada **Cuidado como compromisso social**, emerge a segunda dimensão do sentido de integralidade da ação de cuidar das parteiras, ou seja, a preocupação com o social. Coloca ainda em evidência que a responsabilidade de cuidar do ser humano exige a união dos saberes e dos esforços de cada um. Neste sentido, é possível deduzir que o sentido da integralidade aponta para um saber/fazer edificante, pois é percebido como "o tratar, o respeitar, é o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto da fragilidade social"⁽²¹⁾.

No saber edificante, o sujeito da ação está diretamente vinculado à realidade e compromete-se com ela, tanto ética como socialmente. Esse aspecto fica evidenciado na fala de uma das participantes do estudo.

Cuidar do humano é respeitar o outro, é respeitar aquela mulher que está na minha frente, é respeitar aquele momento de fragilidade dela (...o o médico estudou para ser médico, a enfermeira estudou para ser enfermeira, a maioria de nós não estudou, aprendemos no dia a dia com as necessidades, e respeitamos isso. (P- 2).

Estamos convencidas que o saber edificante precisa ser a essência do trabalho de qualquer comunidade, seja ela científica ou não. O discurso da parteira em questão parece concordar conosco.

A noção do compromisso social faz também menção à necessidade de união manifestada pelas parteiras, refletindo que sua prática se mantém como um meio de resistência e luta para realização do sonho de cuidado, que doravante chamarei de edificante.

As parteiras pensam que o atendimento à mulher no processo de gestação e parto exige a união de esforços e saberes. A esperança manifestada visa possibilitar o parteriar numa equipe junto a profissionais da equipe de saúde. O princípio da esperança, segundo Block⁽²⁴⁾ não é um disparate, mas sim um conceito que podemos definir como algo que está dentro de uma condicionalidade parcial. E para elas, essa possibilidade está grávida de esperança e respeito:

Não querendo invadir a área deles, querendo trabalhar junto. Porque eu sei que tem horas que eles passam apertado. Mas as parteiras têm umas orações, tem uns remedinhos que sempre ajuda sem cortar a mulher. (...) porque o sonho dela é ser parteira, ser valorizada e parar de ficar ouvindo que elas não são nada, que elas não sabem nada, só dizem besteira. (...) Eu sei que esse sonho vai ser realizado, olha para trás um tiquinho. As parteiras estavam todas escondidas, agora elas já estão aqui. Daqui a pouco vamos ver médicos, enfermeiras e tudo se unindo. (P- 4).

Desde a idade média, as parteiras vêm sendo alijadas do processo de cuidado. Essa exclusão precisa ser repensada pela academia, visto a necessidade de estabelecimento de parcerias rumo à integralidade do cuidado humano, uma vez que "nos discursos médicos as parteiras ainda são vistas apenas como mulheres curiosas, ignorantes, incapazes de dominar, no seu dia a dia, termos médicos e técnicas obstétricas"⁽⁸⁾.

Entretanto, a sabedoria das parteiras tem sido amplamente relatada. Barros⁽²⁵⁾ indica que, muitas vezes, os médicos diplomados, após a aplicação sucessiva de sangrias e purgantes, eram obrigados a reconhecer que muitos pacientes encontravam alívio para seu sofrimento nas mãos das mulheres que, sem nenhum diploma, dissertavam com desenvoltura sobre as propriedades de cada folha que utilizavam, assim como sabiam misturá-las de forma a potencializar suas propriedades farmacológicas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo explicitam que as bases epistemológicas que constituem o cuidado humano prestado pelas parteiras se estabelecem em torno das dinâmicas interpessoais. O saber/fazer da parteira forja-se a partir da valorização dos fatos cotidianos e gira em torno da subjetividade do ser humano, colocando-o na centralidade da axiologia do cuidado. Caracteriza-se, portanto, como um saber/fazer edificante.

Por estarem comprometidas com a realidade à sua volta, embora sob pressão moral, advinda da falta de recursos técnicos, apoio e desqualificação do seu saber, as parteiras constroem o conhecimento necessário para cuidar, e não abandonam quem precisa de seus préstimos. Sua ação de cuidado privilegia não apenas a mulher, mas a criança e toda a família, acolhendo a carência humana que ganha significado no contexto real da sua produção.

Tal prática ratifica o seu caráter de resistência na luta pelo direito de ser humano. Assim, fica explicitado que esse saber/fazer está ancorado em robusta rede solidária, eticamente construída. A responsabilidade e solidariedade humana apontam na simbolização do cuidar como uma missão sagrada, permeada por valores de respeito, amor, união e compreensão do outro e esperança.

Aspira-se à possibilidade de o cuidado ser exercido em sua integralidade como um dispositivo político, por práticas cotidianas capazes de engendrar novos arranjos sociais e institucionais. Como o mundo não está completamente determinado e, em certo grau, está aberto, nós vivemos rodeados de possibilidades e não apenas do já existente, e esta é uma possibilidade que precisa ser realidade. Cabe à sociedade como um todo, e, sobretudo, àqueles que gozam do privilégio conferido pelo saber científico, atentar que cada momento de cuidado descortina um horizonte ilimitado de possibilidades. Portanto, é importante não desperdiçar a oportunidade única de transformação que a ação de cuidar oferece.

REFERÊNCIAS

1. Heidegger M. O ser e o tempo. Petrópolis (RJ): Vozes; 1993.
2. Pinheiro R, Guizardi F. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec/Abrasco; 2004.
3. Collière F. Cuidar: a primeira arte da vida. 2ª ed. Loures (POR): Lusociência; 2003.
4. Waldow VR. O cuidado na saúde: a relação entre eu, o outro e o cosmos. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
5. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa (POR): Lidel; 1999.
6. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

7. Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência Saúde Coletiva*. 2005;10:243-55.
8. Pinto BM. Vivências cotidianas de parteiras e "experientes" do Tocantins. *Rev Estudos Feministas* 2002;441-8.
9. Montiel E. A nova era simbólica: a diversidade cultural na área da globalização. In: Sidekum A. *Alteridade e Multiculturalismo*. Ijuí (RS): Editora da Unijuí; 2003.
10. Carapineiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto (POR): Afrontamento; 1998.
11. Santos BS. Um discurso sobre a ciência. Porto (POR): Afrontamento; 2003.
12. Borges MS. Mel com fel: representações sociais da enfermagem e suas implicações para cidadania. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2000.
13. Watson J. *Enfermagem moderna e futura: um novo paradigma para enfermagem*. 2ª ed. Loures (POR): Lusociência; 2002.
14. Canella MTMP. Recursos de relacionamento para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2003.
15. Valla V, Lacerda A. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiros R, Mattos RA. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec/Abrasco; 2004.
16. Diniz D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. *Cad Saúde Pública* 2006;22(8):1741-8.
17. Giddens A. *Sociologia*. Lisboa (POR): Fundação Calouste Gulbenkian; 2004.
18. Muraro RM. Breve introdução histórica. In: Kramer H, Sprenger J. *O martelo das feiticeiras*. Rio de Janeiro (RJ): Record. Rosa dos Ventos; 1998: p. 5-17.
19. Palácios SRM. A finitude humana e a saúde pública. *Cad Saúde Pública* 2006;22(8):1755-60.
20. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Humanização*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
21. Luz M. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec. Abrasco; 2004.
22. Santos BS. *Introdução a uma Ciência Pós-Moderna*. 3ª ed. Porto (POR): Afrontamento; 1998.
23. Santos BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 4ª Ed. São Paulo (SP): Cortez; 2002.
24. Bloch E. *O princípio da esperança*. Rio de Janeiro (RJ): UERJ/Contraponto; 2005.
25. Barros MNA. *As deusas, as bruxas e a igreja: séculos de perseguição*. Rio de Janeiro (RJ): Rosa dos Tempos; 2001.