



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**Juliana Floriano Toledo Watson**

**Parições e partejares na história de Cavalcante-GO: epistemicídio, monocultura do parto e justiça reprodutiva**

**Cavalcante-GO  
Outubro de 2022**



**UnB**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**Juliana Floriano Toledo Watson**

**Parições e partejares na história de Cavalcante-GO: epistemicídio, monocultura do parto e justiça reprodutiva**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Doutora em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Linha de Pesquisa: Fundamentos de Bioética e Saúde Pública. Área de Concentração: Bioética e Pluralismo.

Orientadora: Rita Laura Segato

Co-orientadora: Marianna Assunção Figueiredo Holanda

**Cavalcante-GO**

**Outubro de 2022**

## **Folha de Aprovação**

Juliana Floriano Toledo Watson

Parições e partejares na história de Cavalcante-GO: epistemicídio, monocultura do parto e justiça reprodutiva

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Doutora em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Aprovada em 31 de outubro de 2022.

### **Banca Examinadora**

---

Rita Laura Segato (orientadora)

Programa de Pós-Graduação em Bioética – UnB

---

Wanderson Flor do Nascimento

Programa de Pós-Graduação em Bioética – UnB

---

Procópio dos Santos Rosa

Quilombo Kalunga

---

Mary Lúcia Souto Galvão

Universidade do Estado da Bahia - UNEB

---

Ticiane Osvald Ramos

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

*Dedico esta tese à Fátima Oliveira  
in memoriam  
uma das pioneiras da bioética no Brasil  
quem em 1995 já escrevia:  
“Está explícita a necessidade de o movimento  
anti-racista e o feminista atuarem na bioética, dentre outros  
motivos, objetivando superar a velha ética, originariamente  
racista, machista e até anti-mulher, para assim assegurar a  
construção de uma ética nova: não sexista, anti-racista e  
libertária.” (Oliveira, 1995)*

## Agradecimentos

Agradeço ao escuro por ter me dado a vida e continuar me renovando.  
 às deusas e deuses e todes seres invisíveis, encantades, elementais, guianças cigana pomba-gira e cabocla  
 boiadeira, Oxum, Nanã, Ogum, Exu, Oxossi, Xangô, Yemanjá, toda falange de Maria, que abrem meus  
 caminhos e me guiam pra onde eu preciso ir.

às águas que nutrem a vida, à terra germinadora, à lua que rege os fluxos e ciclos, ao sol que sustenta.  
 à Ana Amélia, minha mãe, por ter me gestado, parido, sobrevivido a uma pré-eclampsia com toda sua fé, e  
 por me acompanhar em total apoio nesses 37 anos de vida.

à dona Flor quem me despertou o amor pelo mistério do parir e do nascer.  
 a todas as parteiras com quem conversei, pelas emoções, reflexões, ensinamentos e risadas compartilhadas.  
 Por toda inspiração que a vida e luta de vocês é no mundo: semente, flor e fruto. Em especial a Apolônia e  
 Helena que se encantaram do decorrer dessa pesquisa, agradeço tê-las conhecido em matéria.  
 especialmente à Ayê por me mostrar de uma maneira tão profunda e complexa a dimensão espiritual do parto.

À Ana e Curva por compartilharem do sentimento de que não é a vida biológica o bem maior, pelo grande  
 amor e compreensão que manifestaram. Às três por me ensinar a ser parteira.  
 a todes que me pertiram acompanhar seus partos e nascimentos.

à Lídia; Joaquina e Edivaldo; Dona Santina e Dona Marina; Dona Eni; Fiota; Pedra, Camilo e Tainã; Betina;  
 pelo caloroso acolhimento em suas residências, por abrir a porta das casas e do coração e me lembrar o  
 significado real sobre partilhar o que se tem.

a todas as mulheres que abriram as portas de sua casa e seus corações para compartilhar histórias de vida,  
 entre descascar ou pilar açafrão, com as galinhas e os pintinho entrando na entrevista, com café ou suco,  
 dando de mamá, ou entre que o arroz cozinhava, e rodeadas de crianças. Suas histórias me fizeram renascer,  
 olhar o mundo de outro ponto, mudar perspectivas, enxergar o que antes não era visível. Com vocês senti  
 tristeza, alegria, raiva, esperança e tantas outras emoções que nos move a transformar. Metade do mundo são  
 mulheres, e outra metade são os filhos e filhas delas (Efu Nyaki). Vocês merecem o melhor da vida.

a todas e todos interlocutoris, todes que abriram seus corações, que disponibilizaram seu tempo para  
 conversar comigo, que se permitiram ser tocades pelas perguntas que eu fazia, que permitiram que essa tese  
 seja um diálogo, que confiaram partilhar suas histórias, medos e desejos.

À Camila pela ajuda maravilhosa com as tabelas.

a toda minha rede de apoio, que de tão grande é difícil de ser nomeada, vocês sabem que são, por segurar  
 todas minhas pontas soltas.

à Maria da Glória Lima por sua leitura e contribuições que foram de fundamental importância para os rumos desta tese.

à Bia Kalunga, neta de dona Procópio, pesquisadora, professora por todas as contribuições no processo de avaliação da tese, e paciência e disponibilidade nos trâmites burocráticos.

agradeço ao calor da primavera que me permitiu finalizar esse texto com prazer corpóreo.

## Resumo

Essa tese traz um panorama da transformação na assistência ao parto no município de Cavalcante-GO. Para melhor entender esse contexto local, foi realizado um mergulho na história da assistência no Brasil, bem como no contexto atual das partições neste território, a partir de análises de banco de dados oficiais e artigos científicos. A pesquisa no município se deu sobretudo a partir de trabalho de campo realizado entre 2018 e 2022 com a realização de (107) entrevistas a mulheres, parteiras, professoras, agentes comunitários de saúde, profissionais e gestoras de saúde. O que permitiu desenhar uma memória de partições e partejares em Cavalcante dos últimos 150 anos. Os dados coletados nos informam sobre a transição de um modelo de parteria comunitário tradicional para um modelo desterritorializado de hospitalização do parto. Dentre os efeitos observáveis dessa transição destacam-se: a desarticulação do tecido comunitário; a vulneração das mulheres; a desqualificação dos saberes tradicionais das parteiras. A análise de tais efeitos, com o apoio da historiografia da assistência ao parto, nos permite falar em um processo de epistemicídio dos conhecimentos tradicionais de parteria, através da imposição de uma monocultura do parto. Por fim, através do conceito de justiça reprodutiva, busquei, a partir do que expressam as interlocutoras dessa pesquisa, apontar caminhos de regeneração da diversidade de partejares. O exemplo de Cavalcante traz elementos que podem auxiliar na compreensão dessa transformação em outros interiores do Brasil, lançar pistas de ações que possam melhorar a vida das mulheres e dar subsídios para pensar a salvaguarda dos conhecimentos tradicionais em parteria alinhada à justiça reprodutiva.

**Palavras-chave:** Parteiras Tradicionais; Conhecimento Tradicional; Monocultura, Epistemicídio; Parto e Nascimento; Justiça Reprodutiva.

## Abstract

This thesis brings a panorama on the transformation of childbirth assistance in the city of Cavalcante, Goiás. In order to understand this local context, a thorough research was made into the history of birth attendance in Brazil and into the current parturition scenario in this territory, with information extracted from analyses of official data files and scientific articles. The local research consisted mainly of field work since 2018 until 2022. 107 interviews were made with women, Traditional Births Attendants\_TBA's, teachers, community health agents, health professionals and administration. This research outlines the memory of parturitions and labor aidances in Cavalcante throughout the last 150 years. The results inform us about the transition from a model of traditional communitarian birth assistance to an unterritorialized model of hospitalized childbirths. Among the evident effects of this transition, the most significant ones include: community disarticulation; vulnerability of women and disqualification of TBA's knowledge. The analysis of such effects, followed by the historiography of childbirth assistance, allowed us to discuss a process of epistemicide of traditional labor attendance knowledge through the imposition of a birth monoculture. Finally, through the concept of reproductive justice, I sought to indicate paths of parturition diversity regeneration by using as basis what is expressed from this research's interlocutors. The example of Cavalcante presents elements that may assist in the comprehension of this transformation in other Brazilian countrysides, in the launch of action pointers that might improve women's lives and in the acquirement of fundings to strategize the safeguard of traditional labor attendance knowledge aligned with reproductive justice.

**Keywords:** Traditional Birth Attendant; Traditional Knowledge; Epistemicide; Monoculture; Birth; Reproductive Justice.

## Lista de figuras

Figura 1: Cranioclasto de Braun

Figura 2: Basiotribo de Tarnier

Figura 4: Gancho Braun

Figura 5: Livro do arquivo pessoal do agente de saúde de São José, recebido em curso da missão Asas do Socorro. Foto: Juliana Floriano

Figura 6: Logo da Asas do Socorro, carimbo no livro ao lado. Foto: Juliana Floriano

Figura 7: Trajeto Hospital de Cavalcante para Hospital de Campos Belos. (GoogleMaps)

Figura 8: Trajeto Hospital de Cavalcante para Hospital de Planaltina-DF. ( GoogleMaps)

Figura 9: Foto Amança Soares de Lima. Cedido por sua filha.

Figura 10: Foto de Mãe Cinésia. Foto tirada por Juliana Floriano em 2019.

Figura 11: Foto de Mãe Zefa. Foto tirada por Juliana Floriano em 2021, Vão de Almas.

Figura 12: Casa de Zefa, de um lado os quartos/sala, de outro a cozinha. Modelo tradicional de casa do Vão de Almas. Atrás o morro do moleque, importante referência na região. Foto: Juliana Floriano, 2021.

Figura 13: Mãe Eva e seu algodoeiro Foto tirada por Juliana Floriano, 2019.

Figura 14: Talão de registro de parto em casa pela parteira Eva. Foto: Juliana Floriano em 2019.

Figura 15: Foto de mãe Eva e mãe Cinésia. Foto do arquivo pessoal de mãe Eva, data não especificada.

Figura 16: foto de Apolônia por Eduardo Queiroga durante entrevista com equipe para o registro ao IPHAN.

Figura 17: Foto mãe Helena, Juliana (eu) e Zumira. Tirada pela pesquisadora Helena após entrevista em 2019.

Figura 18: Foto tirada em 2021 por Juliana Floriano na residência de Marina durante entrevista.

Figura 19: página do livro "Onde não há médico" distribuído pela missão Asas do Socorro em curso para agentes de saúde, provavelmente na década de 80.

Figura 20: página seguinte do livro: "Onde não há médico".

Figura 21: página do livro onde não há médico

Figura 22: página seguinte livro onde não há médicos

Figura 23: página do livro "onde não há médico"

Figura 24: manual de enfermagem obstétrica para parteiras práticas. Acervo pessoal do agente de saúde do São José. Material distribuído pela missão Asas do Socorro.

### **Lista de Tabelas e Gráficos**

Tabela 1: Óbitos maternos por Cor/raça segundo Região/Unidade da Federação. Período: 2019.

Tabela 2: População residente, por sexo e cor ou raça. Brasil.

Tabela 3: Nascimento por residência da mãe por Ano do nascimento segundo Local ocorrência. Período: 2015-2020. Brasil.

Tabela 4: Porcentagem de nascimentos em domicílio no Brasil entre 2015 e 2020.

Tabela 5: Nascimento por Ano do nascimento segundo Local de ocorrência; Por ocorrência e por residência da mãe. Município: Cavalcante Período: 1994-2006

Tabela 6: Nascimento por Ano do nascimento segundo Local ocorrência. Por ocorrência e por residência da mãe. Município: Cavalcante. Período: 2006-2019

Tabela 7: Nascimentos fora de Cavalcante: 1994-2006

Tabela 8: Nascimentos fora de Cavalcante- 2007-2019

Tabela 9: Comparação de dados do registro civil de nascidos vivos e de registro de ocorrência de nascidos vivos por domicílio da mãe no município de Cavalcante. Anos de 2015 a 2019.

Tabela 10: Porcentagem de nascimentos em domicílio por ocorrência no município de Cavalcante. Anos de 1994 a 2019.

Tabela 11: Porcentagem de nascimentos em domicílio por ocorrência no município de Cavalcante. Anos de 2006 a 2019.

Tabela 12: Nascimento por residência da mãe por Cor/raça segundo Idade da mãe [Nascidos vivos – Brasil]. Período: 2019

Tabela 13: Nascimento por residência da mãe por Cor/raça segundo Idade da mãe. Município: Cavalcante. Período: 2019

Tabela 14: Óbitos maternos por Ano do Óbito segundo Categoria CID-10. Município Cavalcante. Período: 1996-2020

### **Gráficos**

Gráfico 1: População por raça/cor Cavalcante

Gráfico 2: Principal atividade de trabalho em Cavalcante.

## Sumário

### 1. Introdução (13)

### 2. Dicionário (15)

### 3. Caminhos Metodológicos (17)

### 4. Escolhas epistemológicas (25)

### 5. Monocultura do Parto (30)

5.1 **Formação da monocultura do parto no Brasil:** eliminação das sementes crioulas e dependência da indústria (30)

5.2 **Contexto atual do parto no brasil:** breve panorama (87)

### 6. O território: espécies nativas e sementes crioulas (101)

#### 6.1 História e contexto atual do parto em Cavalcante (104)

*Mortes maternas (119)*

*Mortes neonatais (122)*

#### 6.2 Parições (123)

*Naquele tempo que a gente ganhava mininu em casa (123)*

*Primeira assistência biomédica pela Igreja (140)*

*Os agentes de saúde (142)*

*A era do hospital (145)*

*Onde você nasceu? \_ Na estrada (174)*

*Se não vai de um jeito, vai de outro: cesáreas (177)*

*A laqueadura como marcador de transição (180)*

#### 6.3 Partejares: Genealogia das parteiras e seus saberes em Cavalcante (182)

### 7. O correntão: Epistemicídio da parteria tradicional em Cavalcante (232)

*Antes não tinha nada... (240)*

*Destruição das condições para sua existência (247)*

*Esse povo novo... (249)*

*As mais velha que era entendida (254)*

*Tudo é perigoso > medo (257)*

*Se não vai de um jeito, vai de outro (270)*

**7.1 O papel da educação formal (277)**

**7.2 Desterritorialização do parto e nascimento (285)**

**8. Justiça reprodutiva: regeneração do corpo-território (297)**

**8.1 Planejando o plantio: O que querem as mulheres em Cavalcante? (310)**

**8.2 Resgate das sementes criolas: valorização dos conhecimentos tradicionais (318)**

**8.3 Formação de doulas/ajudantas comunitárias (322)**

**8.4 Centro obstétrico regional, uma necessidade para a justiça reprodutiva (339)**

**8.5 E o transporte? (344)**

**9. Considerações finais (348)**

**10. Referências (351)**

**11. Apêndice: Uso exclusivo e restrito de medicamentos e ferramentas: um debate necessário (368)**

**12. Anexos (372)**

**Anexo 1. TCLE\_ mulheres**

**Anexo 2. TCLE\_ parteiras**

**Anexo 3. TCLE\_ profissionais e gestoras/es município**

**Anexo 4. Roteiro de entrevista com mulheres**

**Anexo 5. Roteiro de entrevista profissionais e gestoras/es saúde**

**Anexo 6. PB Parecer Consubstanciado CEP 4719713**

## 1. Introdução

Parto e nascimento: um binômio que traz a presença de dois seres: aquela que gesta e pari e aquele<sup>1</sup> que nasce. Neste trabalho abordo o parto e nascimento como um fenômeno biosóciofísico cultural político e espiritual. Os objetivos principais foram: entender as razões pelas quais as parteiras tradicionais não estão mais atuantes no município de Cavalcante; registrar uma história e a transformação da parição; refletir sobre o que se necessita e pode ser feito para uma melhor assistência a gestação, parto e nascimento no município.

O que me move as entranhas e me motiva a estar aqui escrevendo é que esses conhecimentos ancestrais, que tem muito mais tempo de prática que o conhecimento científico tecnocrático hegemônico, sigam vivos, disponíveis, acessíveis e que suas mestras e mestres e as comunidades onde habitam recebam os benefícios decorrentes. Conhecimentos ancestrais que olham para a saúde integral. Conhecimentos que tem um potencial de devolver a autonomia em saúde para os povos e pessoas, sem nos manter dependentes de uma indústria capitalista.

Sou uma pesquisadora branca crescida em cidade-capital que está pesquisando um território de interior cuja maior parte da população é negra, em resistência quilombola, e rural. Moro aqui há 7 anos e sou doula e aprendiz de parteira, trabalhando junto com uma parteira quilombola de Alto Paraíso, dona Flor, desde 2013. Sueli Carneiro (2005) nos lembra como o dispositivo de racialidade em sua vertente epistemicida coloca o branco em posição confortável e autorizada para falar sobre o negro. O que deveria ser entendido pelos brancos e brancas é que todas essas “teorias” sobre os negros, os índios, as negras, as índias, não estão falando do mundo “deles/as” estão falando do mundo branco.

Quando escrevemos sobre a experiência do encontro, seja ele intercultural ou interracial, ou os dois, estamos falando sempre mais sobre nós do que sobre as/os/es outros, esse saber fala mais de quem escreve do que de quem é descrito. Essa noção básica precisa ser entendida pelos brancos e brancas. Nossas perguntas a elus são de nossas inquietações, portanto, falam de nosso adoecimento e busca pela cura. Assim, embora o diálogo com pessoas do território tenha tido papel central na pesquisa com o intuito de dar ouvidos a quais são os desafios vividos e as sugestões de melhoria de sua realidade, tenho

---

1 Ao longo do texto usarei algumas estratégias de resistência à binarização e ao apagamento do feminino da língua portuguesa. Poderei usar artigos outros que não “o” e “a”. Não é erro de digitação, é recriação da língua para que contemple mais seres. À binarização me refiro a que a língua ao definir masculino e feminino e artigos destinados a cada uma dessas possibilidades, congela as existências a uma coisa ou outra, por exemplo homem ou mulher. Muitas pessoas não estão nem em um polo, nem em outro, afirmar isso na língua é dar condição de nomeação de existências possíveis. Ao apagamento do feminino me refiro ao masculino “universal”, regra gramatical que invisibiliza a existência e participação das mulheres na história.

a consciência de que as inquietações partem do meu mundo. Talvez essa tese sirva muito mais pra que os/as/es brancos do saber científico tecnocrático possam despertar novos olhares e práticas. Por outro lado, considero que a pesquisa de campo construiu laços de apoio e troca de saberes entre pesquisadora e comunidade, mesmo com os desafios dos encontros inter-raciais no mundo estruturalmente racista que vivemos.

Para entender melhor o contexto atual senti a necessidade de um mergulho na história do parto, especialmente do partejar, com foco no território demarcado pelo colonizador e nomeado Brasil. A construção dessa memória se deu a partir da leitura de textos e também de diálogos com pessoas que estão envolvidas nesta temática há muito tempo. Consultar as mais velhas é um aprendizado importante.

O desenrolar dessa história se apresentou para mim como mais um aspecto do que Vandana Shiva (2003) chama de monocultura, um sentido amplo que entende que antes de se estabelecer na terra e formas de plantio, a monocultura teve que existir na mente. O conceito de mono-cultura é esse da imposição de uma cultura única como caminho universal e “melhor” para todes. Está em curso há pelo menos um século a substituição (imposta) de uma diversidade de partejares e parires por uma única.

A memória da transformação da assistência ao parto no município de Cavalcante foi costurada a partir de dados oficiais e das entrevistas feitas na pesquisa de campo a mulheres de diferentes idades, profissionais e gestoris de saúde.

O conceito de epistemicídio, em sua formulação por Sueli Carneiro, é trazido aqui pra expressar o luto pela ausência de partos assistidos por parteiras tradicionais, e por constatar que boa parte desses saberes não está mais vivo no seio da comunidade, não sobreviveu na memória. As mais jovens sabem menos desses assuntos que as mais velhas quando tinham sua idade.

O correntão é um apelido para uma técnica de desmatamento que dois tratores prendem uma corrente grande (aproximadamente 100 metros) que vai arrastando e derrubando toda a vegetação de áreas enormes. Essa é a metáfora usada para entender o que levou a este epistemicídio.

Regenerar é possível? É a pergunta que me leva no último capítulo a refletir sobre caminhos possíveis a partir do que as interlocutoras dessa pesquisa estão dizendo que possa inspirar a germinação por aqui. O conceito de justiça reprodutiva vem alinhando a necessidade de se olhar para múltiplos fatores socioambientais nesse caminho propositivo rumo ao bem viver. Regenerar corpo-território significa recuperar a diversidade de partejares no território para que tanto o corpo das mulheres e pessoas que gestam e parem, quanto o corpo da comunidade, estejam em maior equilíbrio (mais saudáveis, seguros e felizes).

## 2. Dicionário

**Doula:** mulher ou pessoa não binária que acompanha gestante na gestação, parto e pós-parto. Na cidade grande essa pessoa é responsável por dar informações, apoio emocional, e pode oferecer massagens, exercícios, chás etc tanto na gestação como no parto e no resguardo. Na parteria mais tradicional essa figura ajuda a parteira no que for necessário, é parte da equipe. O termo doula é um termo recente que foi “importado”. Aqui na região o termo mais usado para essa figura é **ajudanta**.

**Cesárea eletiva:** quando a mulher escolhe essa via de nascimento, sem ter nenhuma contraindicação fisiológica para parto vaginal. Geralmente não entra em trabalho de parto, marca o dia da cirurgia.

**Medicina institucional:** me refiro a medicina que se aprende em instituições normatizadas pelo Estado(universidades e faculdades), e que é a única, ou a principal, validada pelo mesmo para atuar na saúde de forma remunerada tanto na assistência pública como privada.

**Medicina tradicional:** se refere a saberes e práticas de povos e comunidades tradicionais que não foram diluídas no saber institucionalizado.

**Parteiras:** o termo parteiras ou parteira será usado ao longo dessa dissertação para se referir apenas a parteiras tradicionais, não instruídas por nenhuma instituição formal de profissionalização em saúde.

**Parteira profissional:** profissionais que receberam formação pra isso em outros países (midwives).

**Parteira prática:** as parteiras registradas mediante exame no Brasil, ou com diploma estrangeiro certificado até meados do século XX.

**Enfermeira/o obstetras:** profissional com formação em enfermagem e especialização em obstetrícia.

**Obstetras ou médicos/as obstetras:** profissionais formados em medicina com residência e especialização em ginecologia e obstetrícia,

**Obstetrizes:** profissionais formadas obstetrizes no curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo(USP).

**Parto de alto risco:** quando existe uma complicação de saúde na pessoa gestante ou na/o bebê diagnosticada previamente ao parto que, com base em evidências científicas(olhar verbete) pode resultar num alto risco de morte de ambos ou uma das duas.

**Parto de baixo risco ou risco habitual:** quando a pessoa gestante e a/o bebê não apresentam nenhuma questão de saúde diagnosticada que possa complicar o parto.

**Evidências científicas:** aquilo que estudos seguindo parâmetros cartesianos positivistas de pesquisa, dentro de um institucionalidade, apontam como práticas dotadas de eficácia. Geralmente se baseiam em

dados epidemiológicos, ou seja, onde se adotou tal prática aconteceu mais vezes tais e tais sinais, atribuindo causa e consequência com base na frequência.

**Tecnocrático:** geralmente essa palavra estará relacionada a saberes ou ciência ou medicina tecnocráticas. Se refere a saberes e fazeres que priorizam a técnica aprendida por repetição, com base em dados construídos de forma isolada dos contextos, com ênfase na especialização (foco mais na parte que no todo) e na instrumentalização (elaboração e uso de ferramentas).

**Hegemônico:** aquilo que é imposto como sendo o melhor, que se impõe como única via possível, seja pelo Estado, pela frente capitalista com suas múltiplas corporações, ou pela elite dominante de uma sociedade.

**Remédio:** no dizer cavalcantense se refere àqueles preparados com plantas medicinais que ajudam a curar. Pode ser garrafada, pomada, banho, chá, etc. Sempre que aparecer essa palavra será nesse sentido. Pra designar os preparos advindos da indústria farmacêutica eu usarei os termos: remédio de farmácia ou medicamento.

### 3. Caminhos metodológicos

Iniciei o doutorado do Programa de Pós-Graduação em Bioética em março de 2018. Nesse momento eu já vinha trabalhando com uma parteira tradicional, dona Flor, quilombola do Moinho, desde 2013 aprendendo com ela e organizando cursos para que ela ensinasse sobre cuidados especialmente voltados para mulheres, pessoas com útero, e crianças. Escrevi sobre parte desses aprendizados na dissertação de mestrado intitulada: “Bem Viver do Cerrado: Partejar amor, parir uma bioética local” (Floriano, Juliana, 2016). Moro em Cavalcante desde 2015, e nesse tempo venho *pisando nesse chão devagarinho*, aprendendo dos povos humanos e não humanos que compõem esse território.

No final de 2017 buscando responder aos anseios de dona Flor por mais compromisso e continuidade das pessoas que faziam os cursos, e responder aos meus próprios anseios por ver os saberes que ela transmite seguirem vivos e que mulheres e bebês fossem bem amparados, iniciei uma proposta de formação de parteiras e doulas com a mestra Dona Flor, com duração de 2 anos. Esse curso nasceu em 2018 e finalizou em janeiro de 2019, embora as aprendizes sigamos como rede juntas com dona Flor, algo que mencionarei em mais detalhes no capítulo regenerar é possível?.

Durante os anos desse doutorado eu acompanhei 10 partos na região da Chapada dos Veadeiros, sendo 2 em Cavalcante. Construí uma casa de barro e material reutilizado, em meio a um cerrado que se regenera, uma floresta adolescente diria eu. Essas jovens plantas rebrotaram de anciãs que foram cortadas para dar espaço a pasto para vacas que alimentam o agronegócio. Este texto foi quase inteiramente escrito ao lado dessas jovens, como uma metáfora, elas me dão esperança de que os saberes das parteiras tradicionais possam rebrotar e regenerar nas mais jovens. E esse cerrado que me abraça, aos meus 37 anos também sinto que renasço.

As principais perguntas que me inquietavam e me puseram em movimento de pesquisa-ação era:

Quem eram/são as parteiras de Cavalcante?

Como elas eram e são vistas pela comunidade?

Quando e porque elas deixaram de acompanhar partos?

Como a saúde das mulheres e bebês foi impactada pelo “abandono” das parteiras?

Como a comunidade/humanidade/planetidade é impactada pela ausência das parteiras?

Porque não tem jovens dando continuidade? Ou tem?

Como é parir e nascer hoje em Cavalcante?

Como pode melhorar?

A seleção bibliográfica não seguiu nenhum método cartesiano de análise sistemática. Embora reconheça a importância para alguns temas e focos de pesquisa de se fazer esse tipo de busca e sistematização em bancos de dados científicos, considero que para os objetivos desse trabalho, bem como para a minha forma de pesquisa qualitativa e intuitiva, não seria necessário.

Então, a bibliografia foi selecionada de várias formas: amigas que estudam o tema me passaram algumas referências, fiz também algumas buscas em banco de dados científico com palavras-chave relacionadas ao tema, os artigos/livros que ia lendo me apontavam referências que chamavam atenção e ia atrás, também ganhei livros e vídeos de parteiras por pessoas das redes de movimentos de parteiras durante meus trabalhos com dona Flor e as parteiras kalunga; alguns livros literalmente apareceram na minha vida: um foi uma enfermeira obstetra aposentada que me passou todos os materiais dela sobre parto, outro eu estava andando em uma banquinha/sebo na Universidade da Paraíba durante o encontro da Abrasco... foram pérolas que apareceram em meu caminho sem que eu controlasse racionalmente esse acesso. O que me faz lembrar e defender que o controle de eventos e fatos de uma totalidade que pode ser apreendida (capturada?) de forma consciente intencional é uma ilusão ou um ideário criado pela ciência ocidental branca cisheteropatriarcal.

Para os temas mais gerais, parte da bibliografia veio das disciplinas cursadas na bioética. Aqui menos é mais: sem deixar de reconhecer a importância de uma ampla visão, múltiplos olhares sobre um tema, eu leio como quem conversa, essa é a forma que gosto de estudar e que me faz sentido. Leio um parágrafo, escrevo algo no rascunho, mando uma mensagem pra uma amiga porque lembrei dela, reflito, me indigno, pinto a folha quando o tenho impresso, necessito interagir com o texto. Leitura transversal, as vezes também, para selecionar textos que serão lidos em profundidade por exemplo, ou pra levantar dados concretos sobre algo específico.

Embora o recorte tenha sido o município de Cavalcante, li também alguns trabalhos que falavam do território kalunga como um todo ou especificamente sobre parteiras ainda que tratassem de comunidades fora do município, por considerar que as delimitações de município são muitas vezes artificiais. Recebi de uma amiga uma ótima seleção de monografias de pesquisadoras/es kalunga da Licenciatura em Educação do Campo (LEDOC) da Universidade de Brasília Campus Planaltina. O olhar da pesquisa a partir de quem viveu na comunidade nutriu profundamente as reflexões aqui, inclusive transformou o caminho tomado inicialmente como principal via de argumentação.

Conforme fui adentrando no universo da história do parto percebi que a minha formação, que nem sempre focou a história do corpo e da ciência médica, permitiu um caminho teórico e reflexivo

particular: por um lado, os embates nesse campo me traziam certas limitações de debate; por outro, a possibilidade de um olhar da posição na qual me encontro nesse tempo histórico, um pouco mais externo aos posicionamentos mais comuns, pôde trazer uma contribuição justamente de ampliar ou dar volta a perspectivas naturalizadas. O ponto de vista nada mais é que a vista desde um ponto, se mudamos o ponto de onde se olhar, muda-se o que se vê. E defendo com todo o meu ser a diversidade em seu sentido mais amplo, que combate a monocultura em todas as suas formas, inclusive monocultura de métodos de explicação/teorização de uma realidade.

Outro foco da busca por bibliografia foi um apanhado das legislações e políticas públicas sobre parto e nascimento no Brasil.

A busca bibliográfica me gera um tencionamento: por um lado ler e conhecer diferentes olhares, ampliar meu mundo me instiga, por outro, a obrigatoriedade de tudo que é dito precisar ser respaldado pelo que alguém já disse me gera cansaço e frustração. Como disse Ubiraci Pataxó (2021): porque preciso escrever algo e dizer que alguém já disse pra que o que eu digo seja válido?

Dizer onde começou a pesquisa de campo seria um recorte simplista, considerando que a vida já é uma experiência de campo. Nessa temática especialmente, a trajetória como ativista feminista desde os 15 anos me colocou sempre a refletir sobre autonomia reprodutiva. Primeiro me acerquei a lutas pelo direito de decidir, a partir de 2006 comecei um estudo aprofundado em ginecologia natural e autônoma que me levou a repartir oficinas em rodas de mulheres em 13 países da América Latina entre 2009 e 2012. Uma dessas rodas na Guatemala com parteiras maias. Além das rodas, que me fez escutar a vivência sobre a saúde do corpo de mulheres com múltiplas histórias, em cada lugar que percorri conversava com erveiras, mestras das plantas e dos ciclos. Meu foco não era o parto, mas esse tema rondava.

Até que em 2013/2014 comecei a aprender com a raizeira e parteira Dona Flor. Desde que mudei pra Cavalcante em 2015 todas minhas relações meu olhar, inquietações, perguntas sempre tiveram uma atenção especial para o tema do parto. Em 2018 mesmo ano de ingresso no doutorado, participei de uma reunião/encontro/pesquisa/formação com parteiras kalungas. Participei apenas como ouvinte, neste encontro estava presente além das parteiras e ajudantas, a representantes da Secretaria de Saúde do Estado, pesquisadora, e pessoas da associação kalunga, incluindo o então presidente da Associação Quilombo Kalunga- AKQ e hoje prefeito, Vilmar.

Em dezembro de 2019 fui a organizadora local de um encontro de parteiras kalunga e acolhi e guiei pesquisadoras junto ao projeto Pesquisa dos Saberes e Práticas das Parteiras Tradicionais do Brasil

com vistas à instrução do Processo de Registro como Patrimônio Cultural Imaterial do Brasil - TED 02/2018 - IPHAN/MINC que visa embasar o reconhecimento da parteria tradicional como patrimônio imaterial do Brasil.

A ideia era seguir com o campo em 2020, até março estava coletando autorizações das instituições coparticipantes e respondendo a questões burocráticas apontadas pelo CEP para autorizar a pesquisa. Fiz algumas entrevistas para testar o roteiro com mulheres de diferentes gerações de famílias conhecidas.

Quando o mundo assistiu à proliferação do Covid-19, já em março a comunidade kalunga se adiantou e, antes mesmo do município, decretou isolamento e proibiu visitação externa de qualquer tipo para contenção do Covid-19 no território. Em seguida foi o decreto do município que manteve medidas de *lockdown* bastante restritivas até maio de 2021.

Nesse período como a maior parte da população branca, passei um tempo paralisada com a “nova realidade” ainda acreditando que em 2 meses tudo se normalizaria. Não participei de atividades de assistência social emergencial, e de certa maneira, a realidade do município era bastante estável. Depois voltei aos poucos a pesquisa bibliográfica e ainda a responder as pendências que o CEP seguia me apontando. Tive Covid-19, passei mais de um mês sem conseguir produzir e meses me recuperando.

Ainda durante o período mais forte da pandemia, acompanhei 2 partos em Cavalcante, 2 na cidade vizinha Teresina de Goiás, a 20km da cidade de Cavalcante, e 1 parto na zona rural de Alto Paraíso de Goiás. Quando digo que acompanhei o parto, quer dizer que acompanhei pré-natal, parto e pós-parto e que até hoje acompanho o desenvolvimento desses bebês e das famílias, respondendo a diversas inquietações, dando dicas de ervas, dando suporte emocional. Nesses 5 partos fui assistente de parteira e doula, em 3 a parteira foi uma das pessoas formadas por dona Flor, e no de Alto Paraíso a parteira fez a formação com dona Flor, mas também fez outras formações com parteiras tradicionais e estava com curso de parteira profissional<sup>2</sup> em andamento.

Também acompanhei a distância 2 mulheres em outros Estados orientando elas no pré-natal, dando assistência por telefone às famílias durante o parto (hospitalar em ambos os casos) e no pós-parto até hoje. Essas experiências trouxeram pra mim reflexões e perguntas fundamentais para essa tese.

Importante dizer também que desde comecei a facilitar oficinas de ginecologia muitas mulheres me procuram sobre questões de saúde, e que desde 2016 eu atendo de forma mais sistemática como terapeuta em ginecologia autônoma e natural. Muitas mulheres que acompanhei ou que participaram das

---

2 Curso semipresencial de outro país, onde existe a formação específica de parteira.

vivências me procuram com sequelas do parto. Embora eu não tenha dados sistematizados sobre esses atendimentos, essa experiência de certa forma também direciona o meu olhar para a assistência ao parto.

Foi então em julho de 2021 que iniciei o campo de forma mais sistematizada e objetiva. Fui às comunidades da zona rural de Cavalcante para entrevistar mulheres de diferentes idades residentes do município na época de pelo menos um de seus partos; agentes comunitários de saúde; parteiras; professoras e professores do ensino médio. A escolha por entrevistar mulheres de diferentes idade foi para entender as transformações na assistência ao parto na história do município. Busquei sempre as mais velhas e as que haviam parido por último, e algumas de idade de parição entre meio dessas. A escolha por entrevistar agentes comunitários de saúde foi para entender como se dá a interlocução entre a gestão municipal da saúde e a comunidade no âmbito da assistência a gestação, parto e nascimento. A decisão por entrevistar professoras do ensino médio partiu do pressuposto de que é na educação institucional onde também se opera a desvalorização dos saberes tradicionais. O intuito foi entender como é trabalhado os temas relacionados a reprodução humana, se esses são tratados também do ponto de vista da diversidade cultural, e se existem trabalhos para valorização dos conhecimentos tradicionais, especialmente da parteria.

As comunidades visitadas foram: Capela, Rio Preto, São José, São Domingos, Prata, Vão do Moleque, Vão de Almas e Rio Bonito (Vão do Órfão). Também realizei uma entrevista na Cabeceira do Vão. Na maioria delas eu conhecia alguém e entrava em contato pedindo pouso para realizar o trabalho de campo. Usei a técnica de pesquisa bola de neve: eu chegava em cada comunidade e ia pedindo referências pra quem entrevistava sobre mulheres que tem filhas de diferentes idades, e sobre agentes de saúde e professoras.

Em termos de representatividade do município considero que a pesquisa abarcou diferentes realidades da Zona Rural de um território tão extenso. Contudo é preciso reconhecer que uma importante comunidade não entrou na pesquisa, que é o Engenho II, a comunidade kalunga mais próxima da zona urbana. Eu acabei deixando por último o que era mais perto, e o prazo pra finalização da tese não me permitiu ir até essa comunidade. Fui apenas junto com o IPHAN e entrevistei uma parteira. Algo semelhante posso dizer sobre a cidade, entrevistei apenas 4 mulheres moradoras da cidade, e duas trabalhadoras da saúde que cresceram em Cavalcante, é uma quantidade pouco representativa se consideramos que hoje aproximadamente metade da população do município vive na zona urbana. Por outro lado, devido a profundidade das entrevistas, foi possível um resgate da memória e realidade da cidade.

Portanto acredito que a apresentação das partições e partejares aqui feita são retratos mais fiéis à zona rural do que à zona urbana do município. Embora a realidade da zona urbana apareça em pinceladas.

Para a realização das entrevistas eu chegava e apresentava a pesquisa e perguntava se podia gravar explicando que a gravação só eu que escutaria e que o nome da pessoa não sairia, no caso do agente de saúde que seria inevitável a identificação. Ligava o gravador e explicava mais uma vez objetivos da pesquisa, riscos e alguns benefícios da participação na pesquisa, que não seria remunerada, etc. Ou seja, resumia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Anexo 1) numa linguagem oral e mais fluida. Fazia a entrevista e ao final eu assinava o TCLE e entregava pra pessoa falando que era pra ela ter um registro da pesquisa, destacava o meu nome e telefone que ela podia entrar em contato se tivesse alguma dúvida, e apontava o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB- CEP-FCE-UnB ao qual está vinculada esta pesquisa, dizendo que podia ligar nesse número se tivesse alguma reclamação sobre mim. Achei isso bastante importante, porque se uma pessoa se sente lesada em uma pesquisa, precisa ter com facilidade um contato pra onde encaminhar a denúncia. Combinava com cada pessoa que eu entraria em contato quando tivesse o texto escrito para ver se aprovavam o uso do que falaram.

No Rio Preto foram entrevistadas 3 mulheres e um agente de saúde; na Capela foram entrevistadas 8 mulheres e um agente de saúde; no São José foram entrevistas 10 mulheres e um agente de saúde; em São Domingos foram entrevistadas 12 mulheres e no momento da coleta a comunidade estava sem agente de saúde; no Vão de Almas foram entrevistadas 18 mulheres, uma parteira, uma professora e um agente de saúde; no vão do Moleque foram entrevistadas 9 mulheres, um agente de saúde e quatro professoras; no Prata foram entrevistadas 10 mulheres e uma parteira; no rio Bonito fora entrevistadas 5 mulheres; na cidade (zona urbana) entrevistei uma professora do ensino médio da Escola Estadual, 3 mulheres, e as profissionais e gestoras e gestores da saúde.

Entrevistei junto com a equipe de pesquisa para o reconhecimento da parteria tradicional como patrimônio imaterial 6 parteiras de Cavalcante e algumas parteiras do território Kalunga, porém residentes do município vizinho, Teresina. Duas das parteiras de Cavalcante faleceram no último ano.

No total foram entrevistadas 79 mulheres sobre suas histórias de nascimento e parto; 6 professoras; 3 Agentes Comunitários de Saúde; 4 enfermeiras que trabalham no pré-natal; 2 médicos do hospital; 1 técnica em enfermagem do hospital; 2 gestoras da saúde; 10 parteiras. Importante ressaltar que além dessas 10, outras mulheres pegaram mininu, mas não se reconhecem ou não são reconhecidas

como parteiras. O TCLE para as parteiras encontra-se no Anexo 2; o TCLE para profissionais e gestores da saúde no Anexo 3; o roteiro de entrevista às mulheres encontra-se no Anexo 4; o roteiro de entrevista a profissionais e gestores da saúde no Anexo 5.

As entrevistas às parteiras foram transcritas integralmente. As demais entrevistas foram transcritas de forma seletiva, dando subsídio para análise qualitativa, e as respostas diretas, que se transformaram em 23 perguntas quantificáveis, foram sistematizadas em Libreoffice Calc, fornecendo alguns dados quantitativos para auxiliar a análise.

O que percebo é que ainda hoje, o kalunga é reconhecido mesmo, como um lugar para se fazer pesquisas de diversas naturezas, que não sabemos ao certo sua verdadeira intencionalidade, sem nenhum retorno para comunidade, muitas das vezes os pesquisadores que fazem pesquisas na comunidade nem pedem autorização para comunidade, e mesmo se pegassem a autorização com as liderança que esta representando a comunidade perante aos órgão representativos. Eu entendo que tem que respeitar o direito das pessoas de não querer ser fotografado ou dar entrevista, porque muitas vezes pessoas que dão entrevistas em nome da comunidade que se dizem responsável pela comunidade não conhece a realidade verdadeira atual e a maioria delas não se preocupa com realidade das famílias simples que ali vivem. (Costa, Vilmar S., 2013, p. 23)

No trecho acima Vilmar Kalunga, líder comunitário e atual prefeito de Cavalcante, fala um pouco sobre a ética em pesquisa em um território tão sugado. A intenção inicial dessa pesquisa era ser algo mais aproximado a uma pesquisa-ação, que desse um retorno prático à comunidade. Eu tinha a intenção de usar o Arco de Maguerez (Berbel, Neusi Aparecida Navas, 1998) como metodologia que prevê como etapas a observação da realização, definição de pontos-chave, teorização, hipóteses de solução, aplicação a realidade; e o círculo segue após a aplicação, observa-se a realidade, seleciona pontos-chave, teoriza...etc. Contudo, devido às incontingências da vida isso não foi viável no prazo possível. Mas essa dinâmica segue como inspiração metodológica onde o objetivo principal não é apenas descrever uma realidade, mas identificar possíveis rotas de transformação para aproximar ao bem viver.

A devolutiva prevista nesse momento é a elaboração de pelo menos dois banners, um com uma genealogia das parteiras, e outro que mostre de forma resumida os principais achados da pesquisa; esses banners serão apresentados em rodas de conversa nas comunidades visitadas e na cidade em rodas abertas para todo público e uma específica para profissionais da saúde. Uma cópia da tese será entregue

nas respectivas escolas e/ou associações. Como moradora do município e ativista, pesquisadora que reconhece a necessidade do compromisso social de uma pesquisa, me comprometo após finalizado o doutorado apoiar, coordenar ou incentivar as ações que a partir dos resultados dessa pesquisa pareçam alinhadas com o bem viver.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde com o título da pesquisa: Os saberes das parteiras de Cavalcante/GO e sua interlocução com o Estado: estratégias bioéticas decoloniais; número de inscrição na Plataforma Brasil CAAE: 39107419.3.0000.0030; número do parecer de aprovação: 4.719.713 (Anexo 6).

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

#### 4. Escolhas epistemológicas

Um doutorado reflete um caminho teórico percorrido ao longo de uma jornada acadêmica e de vida. Aparentemente meu percorrido pode se apresentar tortuoso como as árvores do cerrado. Na graduação, para elaboração da monografia, mergulhei na história da justiça punitiva e possíveis caminhos outros de se pensar justiça. Na dissertação de mestrado mergulhei na história da relação dos saberes tradicionais e populares e o saber/poder hegemônico. Desde a graduação para mim era importante quem fala, buscar vozes que mostravam pontos de vista da margem. Estudos decoloniais, pós-coloniais, feministas não hegemônicos, pensamento negro diaspórico marcaram as principais fontes que me constituíram como pensadora e pesquisadora. As escolhas bibliográficas desta tese marcam uma mudança: procurei fontes também centrais, com um olhar crítico sobre elas.

Interessante observar e refletir que a caça às bruxas, a colonização de alguns territórios e escravização dos povos negros e indígenas é o principal elo de ligação entre graduação, mestrado e doutorado. O sistema punitivo, tal como opera hoje, nasce da caça às bruxas (Zaffaroni, Eugenio Raúl, 1992) que cria um método de perseguição organizada e institucionalizada aos saberes do povo que reforça/instaura a diferenciação entre saberes legítimos e ilegítimos (Fredericci, Silvia, 2004 e Shiva 2001, 2003, 2016.) juntamente com o empreendimento colonial e escravista. Destaco que esse processo nasce aproximadamente no século XIII/XIV mas que segue até hoje se renovando na forma de operar dos estados nacionais e das grandes corporações do capital.

Dialogo com saberes científicos e dados do que hoje se tem como evidência científica com um olhar crítico sobre a ciência, parto do pressuposto que a produção de conhecimento é um campo de disputa de poderes e verdades e que nenhum método garante neutralidade. Me alinho a toda uma geração que fez crítica feminista à ciência (Harding, Sandra, 1987; Sardenberg, Cecilia Maria Bacellar, 2001; Strathern, Marilyn, 1992; Jaggar, Allison M., 1996), assim como a autoras e autores que escrevem desde os mundos colonizados, especialmente aqueles negres e indígenas (Shiva, Frantz Fanon, Sueli Carneiro, Lélia Gonzalez, Ailton Krenak, Eliane Potiguara) que explicitaram a parcialidade da ciência moderna ocidental. Em tempos em que a esquerda se agarra a explicações científicas como saída para fundamentalismos religiosos é necessário ponderar e lembrar que nenhuma pesquisa, nenhum saber é construído isento de valores de quem o produz. Não existem fatos sem valores. Não existe razão “livre” de emoção. Não existe mente sem um corpo historicamente marcado.

Para mim quem fala, de onde fala, quando fala, porque fala é parte integrante dos resultados de uma pesquisa. Ao longo dessa tese buscarei corporificar algumas das referências teóricas usadas. Eu já

apresentei brevemente de onde falo na parte metodológica, e acrescento aqui que escrevo com emoções a flor da pele, as vezes tédio, as vezes raiva, as vezes nostalgia, alegria, esperança...este é um texto permeado por emoções. E considero que todo referencial teórico que uso, também o é. A estratégia de expressar ao máximo no texto o meu lugar de fala, é de corporificar a pesquisa, isso é o que eu acredito que se aproxime mais a uma certa objetividade.

Além das referências que já citei e que me formam como pessoa e pesquisadora como foi mencionado, desde 2009 eu venho dialogando com erveiras, parteiras, curandeiras, pajés, raizeiras, benzedeiras. Essas mestras e mestres são parte do meu referencial epistemológico, especialmente: Lucely Pio, Dona Flor do Moinho, Dona Cecília de São Domingos, abuela Mayaell Yahualli, todes participantes das edições do Raízes- Grande Encontro de Raizeiros, Benzedeiras e Pajés da Chapada dos Veadeiros; as amigas e amigos Iriki Huni Kuû, Ybatsey Huni Kuû pajé Bainawa Huni Kuû, Baxiku Huni Kuû, Edna Shanenawa, Letícia Yawanawa.

Os conhecimentos tradicionais e ancestrais não são trazidos aqui como objeto de estudo, mas como fundamentação de um olhar e agir para e no mundo. Além das já citadas, assisti vídeos, aulas, lives, filmes de quem vem compartilhando esses conhecimentos. E já participei de marchas, encontros de partilha, seminários onde estavam presentes pessoas de povos tradicionais. Especialmente acompanhei o Curso de Extensão Saberes Ancestrais e Práticas de Cura do Núcleo de Psicologia Comunitária e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande; e venho escutando Ailton Krenak, David Copenawa, Daiara Tukano, Sonia Guajajara, Eliane Potiguara, Raoni Metuktire, Watatakalu Yawalapiti, Antonio Bispo, Ana Mumbuca, Geni Nunes.

Duas autoras principais acabaram nutrindo e guiando o principal percurso de escrita e interpretação dos dados: Sueli Carneiro e Vandana Shiva. A primeira com sua definição de epistemicídio e a segunda com a teoria sobre monocultura da mente. Além delas, minha orientadora, Rita Segato, para além dos textos citados ao longo desta tese, foi e é uma grande mestra do fazer/pensar ciência social, sendo que toda sua produção intelectual, seja em textos, aulas ou conversas me constitui como pesquisadora. Também não posso deixar de mencionar Wanderson Flor, amigo e professor, com quem venho aprendendo há alguns anos e que transformou meu olhar para o mundo através do seu próprio olhar e de todes autoris com quem dialogamos.

Considero todas as participantes da pesquisa como formadoras da epistemologia dessa tese. Escuto as mesmas como teóricas de sua realidade. Também optei por ler monografias do curso de

educação do campo de estudantes da própria comunidade, que trazem reflexões a partir de um olhar aprofundado e afetado de quem vive a realidade.

Os ciclos da terra, os caminhos das águas, o canto e voo dos pássaros, os ciclos da lua, as folhas, os insetos, os mamíferos com quem convivo também me orientam na leitura de mundo que trago aqui. Bem como aquilo que como e bebo. Ora essa escrita é feita a partir da minha interação com café, ora com chimarrão, ora com tabaco, ora com rapé, ora com pipoca. Chás de muitas cores, sabores e aromas; defumação de variadas ervas como sálvia do cerrado, palo santo, copal, breu, canela. As substâncias que atravessam meu corpo influenciam diretamente nas minhas percepções e conexões mentais.

Meu posicionamento nessa pesquisa e escrita é anti-racista, o que quer dizer que reconheço que tanto o mundo do qual falo como eu mesma somos atravessades pelo racismo, e que procuro cotidianamente ser mais consciente desses atravessamentos para poder me transformar e colocar uma semente para transformação dessa realidade.

Aqui sinto também a necessidade de expor meu entendimento sobre as/os/es sujeitos dessa pesquisa com relação a definições de gênero. Em diversos momentos usarei o termo mulher ou mulheres. Existem mulheres que anatomicamente tem um pênis e dois sacos, que não tem útero, que não vivem sua sexualidade com penetração pênis- vagina... e muitas outras mulheridades. Como aqui me dirijo a história do gestar e parir e nascer, muitas vezes as palavras mulher ou mulheres vai estar colado a uma anatomia que tem útero e vagina. É preciso deixar nítido e dito que esse é um recorte do que são as mulheridades. Em alguns momentos esse conceito será problematizado já que a construção histórica dessas mulheridades pode ser abismalmente diferente ainda nos corpos com útero e vagina, ou seja, nem sequer a ideia de mulheres é dada, uma vez que ela é marcada com outros aspectos, especialmente raciais. Já diria Sojourner Truth em 1851 “e acaso eu não sou uma mulher?” (Geledés, 2014). Também é importante considerar que existem pessoas não binárias e homens que gestam e parem. Isso será lembrado no decorrer do texto, embora, dado o contexto onde estou, em geral me refiro apenas a mulheres quando trato dos seres que gestam e parem.

não se deve considerar os grupos em si como as unidades referenciais desta busca, já que “grupo” – ou “comunidade”, “sociedade” – não tem extensão empírica e varia de acordo com tempo e espaço, às vezes é tão somente uma comodidade jurídico/teórica para lidarmos com certas realidades sociais. (Marinho, Thais Alves, 2008. p.35)

Essa reflexão de Thais Alvez Marinho (embora eu tenha outras divergências epistemológicas com a mesma) vale tanto para a noção de mulheres como para a noção de parteiras. Nos registros históricos existem outros nomes para elas como aparadeira, ajudanta, mãe. E muitas vezes apenas referências de mulheres que se ajudam no parto. E aí coloco a pergunta: existiria uma figura reconhecida como parteira antes das políticas de reconhecimento das mesmas? Como era a relação da comunidade com as mulheres que ajudavam no parto? Cumadre é outro termo que abrange também as parteiras sem se reduzir a elas. Seria a categoria identitária parteira parte de um reconhecimento moderno de que ajudar no parto é uma “especialidade”? Ou já haveria/há um reconhecimento comunitário antigo de que só algumas pessoas tem esse dom?

Esse coletivo parteiras tradicionais é composto por mulheres e práticas diferentes entre si, e também por reconhecimentos comunitários diferentes. Foi uma escolha não aprofundar essas inquietações e pressupor que parteiras são aquelas que ajudam outras a parir e são reconhecidas comunitariamente por essa função. Essa escolha deriva da busca por um diálogo com o mundo colonial atual, onde o reconhecimento das especialidades permite o alcance de alguns direitos. E de que é um termo reconhecido pelas participantes dessa pesquisa, embora muitas vezes *cumadre*, *aquela que pegou meu filho*, *mãe* tenham sido mais usados.

Durante muito tempo, pra não dizer até hoje, o branco foi considerado como sujeito universal na linguagem e conseqüentemente no simbólico. As pessoas negras e indígenas foram racializadas por um processo colonizador, é necessário sempre pontuar que raça é relacional, e nesse sentido, a branquitude não é univesal, ela é também racializada, ela também é marca. A maioria das pessoas com quem dialoguei nessa pesquisa aqui em Cavalcante são negras. Decidi então fazer uma brincadeira com as marcas da raça, e, na referência das falas das entrevistadas, diferenciar com o selo “branca” apenas aquelas que se autodeclararam como brancas. Então, é importante dizer que todas as outras pessoas onde não aparece o referencial da identidade racial, são negras.

Por fim, com relação as normas de padronização de publicações, embora o Programa de Pós-Graduação em Bioética adote o estilo Vancouver, optei por aderir à norma utilizada pela Revista de Estudos Feministas,-REF que adere à ABNT com algumas adaptações, e fazer ainda outras adaptações. A decisão de não usar Vancouver está relacionada principalmente a duas questões. A primeira é que este estilo apaga os primeiros nomes das/os autoras/es. O primeiro nome geralmente é aquele pelo qual a pessoa se reconhece como sujeito, faz parte da identificação e identidade daquele ser. Diluir esse nome em siglas pode contribuir para uma descorporificação da produção científica, uma suposta ideia de

neutralidade. Para corporificar esse sujeito de produção de conhecimento decidi aqui usar: na primeira citação direta nome e sobrenome no corpo do texto e nas seguintes apenas sobrenome e iniciais do nome; nas referências bibliográficas nome e sobrenome. De forma similar a usada na REF, contudo aqui mantenho as letras minúsculas do padrão da Vancouver.

A escolha de colocar o nome dos autores ao longo do texto e não apenas o número que levaria à referência no fim do documento se deve a duas razões: uma relacionada à praticidade de quem escreve, em um texto tão longo, com mais de 100 páginas, referenciar por números se torna quase um suplício; e para quem lê não precisar ir sempre ao final do documento para ter uma ideia de com quem a autora principal está dialogando naquele parágrafo. A sistematização de referências por numeração pode ser interessante em artigos curtos, de forma a dar mais fluidez ao texto escrito, mantendo a facilidade em se ver de quem se fala, mas não para textos tão longos.

Outra adaptação se refere às normas de citação direta, onde se opta por colocar uma fonte tamanho menor com um espaçamento igualmente mais apertado. Acredito que isso prejudica a leitura de pessoas com deficiência visual, além de diferenciar quem escreve. Embora defenda a corporificação de quem produz conhecimento, também reconheço que a produção científica é coletiva, nunca individual. Todas as pessoas com quem conversei sobre o tema, presencialmente ou através de textos, incluindo os citados aqui, são de certa forma co-autoras. Ainda que seja eu corpo escrevendo, existe uma conexão do meu ser com um saber que é coletivo. Portanto não quero hierarquizar em tamanho de fonte uma ou outra escrita.

## 5. Monocultura do parto

a)todo (bio)arquivo se produz como um recorte na memória social, materializando, dessa maneira, um gesto de silenciamento; b) “[...] a parte voltada ao silêncio é, sempre, em qualquer conjuntura histórico-social, mais importante do que o que se diz” (ORLANDI, 2017, p. 10) e c) o silenciado de uma dada formação discursiva, numa dada conjuntura, não é nunca completamente apagado do campo social, pois os vestígios do in-significado são suscetíveis de basear uma geografia, uma sociologia e uma história dos silêncios.”... economia fálica da *memória de arquivo*(ORLANDI, 2006 *apud* Devires, 2021)

Uma tese deveria ter um histórico do que se fala, porque as coisas como são estão relacionadas a como foram, e o que é pode já ter sido, no tempo espiral. Mas não é tarefa fácil. Para além da história local construída aqui a partir da história oral comunitária busquei trazer um panorama histórico mais amplo, para entender como o local se relaciona com o regional, com o continental e com o global. Considero que escrevo aqui um olhar, um recorte da história, a vista desde um ponto, e assim, com o poder da palavra, crio uma história possível de ser lembrada e contada. Meu desejo é que as partes silenciadas que meu olhar não vê e meus ouvidos não ouvem nesse momento possam emergir, provocadas por essa ou outras contações da história do parto.

### 5.1 Formação da monocultura do parto no Brasil: eliminação das sementes crioulas e dependência da indústria

O desafio de se traçar essa história é definir as bordas! Considerar qual espaço/tempo abordar. Fazer um histórico mundial da assistência ao parto seria uma ou várias teses. Aqui o que fiz foi demarcar o território Brasil, enquanto projeto colonial criado por Portugal onde a independência nacional só sofisticou esse projeto. Definir essa borda é reconhecer que para além da história oficial da nação, existem as histórias de todos os povos que habitam essas terras. E os silêncios dos arquivos das histórias sobre o nascer gritam apontando como parte da construção da monocultura do parto se deu através da narrativa sobre a história dessa assistência. Em quase todas as referências bibliográficas trazidas aqui o ponto de onde se olha é o centro. Como seria olhar essa história através dos cantos (espaços/tempos não hegemônicos)?

Do reconhecimento do Brasil como projeto colonial, senti necessidade de traçar uma ou outra informação da história ocidental europeia do parto, considerando que o que acontece lá influencia o que acontece aqui.

Como se pode imaginar, o acesso a fontes é bastante complexo, quase sempre as referências são de homens, médicos, ou historiadoras brancas lendo médicos, padres, jesuítas, colonizadores... a história dos vencedores. Por sorte é possível contrastar essa história com a local contada na oralidade de quem vive aqui. Particularmente a historiografia sobre assistência ao parto no Brasil que eu pude acessar, e que confirma a historiadora Maria Renilda Nery Barreto (2008) está centrada no resgate de discursos médicos e jurídicos o que serve não como retrato da assistência ao parto no Brasil, mas como um retrato dos discursos médicos e jurídicos hegemônicos. Ou seja, o discurso fala mais sobre quem fala do que sobre o que ou quem se fala.

Hoje existem resgates históricos que contam outra história, especialmente iniciativas que reconhecem a influência dos saberes do Kemet, antigo Egito, na medicina cirúrgica atual. Essa historiografia traz uma contribuição fundamental no combate ao racismo epistêmico. Contudo, a forma como se deu minha busca bibliográfica acabou centrando nos discursos hegemônicos sobre a assistência ao parto. E é importante que seja lida como tal. Ou seja, essa história que conto, é aquela que se repete nos meios médicos, com pontuais discussões que trazem outra leitura possível.

Localizo a história do parto, especialmente da assistência ao parto, neste território a partir do empreendimento colonial: essa empreitada racista heteropatriarcal e capitalista especista que se inicia há 500 anos e vem se sofisticando desde então. Os principais agentes propulsores dessa empreitada foram a Igreja Católica, Portugal, o tráfico negreiro entendido como empresa. Quando se fala em memória e história, desde um território predominantemente negro, como é Cavalcante, é preciso lembrar que muitas parteiras que vieram do continente africano foram obrigadas a dar algumas voltas na árvore do esquecimento.

A instauração do sistema capitalista moderno colonial racista heteropatriarcal se deu em sua formação originária, e em sua constante expansão àqueles territórios e comunidades que permaneceram até os dias de hoje em outro tempo/sistema, por diversos processos simultâneos e interdependentes. Em cada localidade e tempo é possível ver a dinâmica desses processos com suas particularidades. A caça às bruxas, a colonialidade e a diáspora negra forçada se articulam na produção da diferenciação entre saber dominante e saberes locais (Floriano, 2016; Fredericci, 2004; Shiva 2001, 2003, Segato, 2014).

Desde que existe humanidade ou mamífereidade (e botar ovos não seria parir? Chocar uma exterogestação?), existe o parto. Desde que existe comunidade existe assistência à gestação, ao parto e ao pós-parto. O parto e nascimento é aqui compreendido enquanto fenômeno biofísico, espiritual, social, político e cultural. É construído como binômio para trazer a presença dos dois principais sujeitos e ao mesmo tempo dos dois movimentos que envolve o fenômeno: aquela que pare e aquela que nasce, ato de parir, ato de nascer. Leio o momento do parto/nascimento como um portal entre vida-morte-vida. Essa é uma possível compreensão sobre esse fenômeno, mas de forma alguma é a única.

Há quem diga que a parteria é a profissão mais antiga do mundo. Da história escrita, os médicos citam que na biblioteca do rei assírio Assurbanipal existem textos de 2.500 anos a.C que falam da assistência ao parto por parteiras (Araújo, 2000 *apud* Mendonça, Delosmar, 2002).

Dos registros da institucionalização da assistência ao parto vinculadas à metrópole, em Portugal, onde os primeiros representantes da medicina eram monges, é a Pedro Julião, Papa João XXI, a quem se chama de fundador da obstetrícia. Dizem que esses religiosos recuperavam escritos da antiguidade greco-romana como Galeno e Hipócrates. Ao fim do século XV e início do XVI a medicina em Portugal se institucionaliza e cresce, hospitais aumentam. Contudo, não era política da metrópole enviar os considerados melhores profissionais pra as colônias, ao invés disso encaminharam, através das Misericórdias, físicos e oficiais remunerados. A principal assistência [oficial] à saúde no território chamado Brasil disponibilizada pela metrópole era a praticada por jesuítas (Gomes, 1974 *apud* Mendonça, 2002).

É importante lembrar que jesuítas eram catequizadores, e reprimiam as práticas e transmissão de conhecimento das medicinas indígenas por considerarem de aspecto mágico, portanto não permitido (São Thiago, 1998 *apud* Mendonça, 2002 p.22). Utilizo aqui como fonte e ao mesmo tempo enquanto sujeito de estudo o livro “Resgate de 500 anos da História da Obstetrícia na cidade de João Pessoa” escrito em 2002 pelo médico obstetra branco cisheterossexual paraibano Delosmar Mendonça. Delosmar se formou em 1960, faleceu em 2013 aos 80 anos, nas palavras de seu filho: “Médico sensível à humanidade, parteiro de ricos e pobres, sem qualquer distinção.” Resistiu contra a ditadura e auxiliou as ligas camponesas e foi fundador e militante do MDB. Foi gestor no antigo órgão federal de saúde a SUCAM e ajudou a implementar o SUS. Se aposentou da obstetrícia aos 70 anos e seguiu como poeta e historiador (Junior, Clilson, 2013).

Percebo que a própria narrativa dos médicos que contam a história da medicina e assistência ao parto no território do Brasil praticada pelos diversos povos que aqui habitavam a considera primitiva por

ser baseada em magia e não em ciência (Mendonça, 2002). Ou seja, desde a pisada de colonizadores neste continente já se instaura uma disputa de saberes, ou melhor falando, a imposição de um saber sobre outros tantos, a monocultura (Shiva, 2003).

Os relatos dos colonizadores sobre o parto das mulheres indígenas falam das práticas alimentares, as dietas seguidas tanto pela mãe como pelo pai, das posições que elas pariam (cócoras no chão), da forma como o umbigo era cortado (dente ou pedras), dos banhos que elas tomavam. E mencionam que não haviam complicações tão recorrentes na metrópole, como, por exemplo, infecção pós-parto (Mendonça, 2002).

Me parece importante lembrar que as mulheres indígenas das quais esses médicos falam provavelmente viviam um momento de extrema vulneração fruto da colonização. Com a invasão portuguesa chegaram novas doenças que também afetavam a esfera do parto (como a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis). As mulheres indígenas dos povos que foram encontrados ao princípio da colonização eram a maioria estupradas e tinham sua saúde física, emocional, psíquica e espiritual abalada.

Com o tráfico de pessoas negras vindas de diversos pontos da África, nesse território chegou também infinitas formas de parir e acompanhar parto. O relato dos colonizadores sobre o parto das mulheres negras a princípios dos séculos XVI e XVII traz elementos que eu aprendi com as parteiras daqui, como, por exemplo, elas as vezes parirem sentadas em um tronco de madeira recoberto com ervas e uma pele de animal, e que contavam com o apoio de uma amiga (doula ou ajudanta) pra arrumar a casa, massagear a barriga e aparar a criança (Mendonça, 2002).

Segundo Mary Del Priore (1993) - historiadora branca, especialista em historia do Brasil, nascida no Rio de Janeiro em 1952, cisheterossexual - um dos raros momentos de solidariedade entre mulheres de diferentes raças, classes sociais e credo durante a instalação da colônia no território marcado como Brasil era justamente o parto! Me pergunto se essa não seria mais uma visão do tipo casa grande e senzala que romantiza as relações inter-raciais do período escravocrata. Que as mulheres estejam juntas no mesmo ambiente quando se dá o parto, não quer dizer que o que as une seja a solidariedade. Del Priore reconhece que “não se pode ter a ingenuidade de crer numa solidariedade de gênero, acima das diferenças de raça, credo e segmento econômico” (2003, p.25). É importante considerar que a empreitada colonial tanto acirrou (ou criou, depende do ponto de vista) a diferença, hierarquia e opressão entre “os sexos” como entre mulheres, e pode ser considerado o início da constituição do racismo como base de todas as relações (Fredericci, 2004; Del Priore, 1993).

No século XVII “a Igreja perseguia como bruxas as mulheres que receitavam curas para himens dilacerados, enquanto fórmulas dos doutores se difundiam com cautela científica” (Del Priore, 2003 p.222). É sempre importante lembrar que as bruxas eram mulheres sanadoras, erveiras, parteiras, mulheres populares, médicas, parteiras, curandeiras, sanadoras, benzedeiras, lésbicas, viúvas, cartomantes, videntes ou qualquer mulher que levantasse suspeita de sê-lo, que foram acusadas de bruxaria como estratégia de perseguição aos seus saberes. A perseguição às bruxas se deu especialmente na Europa e Estados Unidos, mas também em outros territórios como em Abya Yala, sobretudo entre o século XIV e o século XVII, sendo seu ponto máximo entre os anos 1580 e 1630. Embora existissem diversas acusações de bruxaria, como por exemplo envolvendo animais e plantas, muitas eram aquelas especialmente vinculadas a sexualidade e reprodução (Barstow, 1995; Fredericci, 2004).

O *Malleus Malleficarum*, conhecido como Martelo das Feiticeiras, foi um manual escrito em 1486 pelos inquisidores Heinrich Kramer e James Sprenger que serviu como um dos principais instrumentos de jurisprudência durante a perseguição às bruxas. O manual dedica uma parte considerável para explicar porque as mulheres estão mais sujeitas a bruxaria. E trata bastante sobre as questões vinculadas a sexualidade e reprodução, vale colar duas partes do manual:

Sete métodos por meio dos quais infectam de bruxaria o ato venéreo e a concepção do útero:

Primeiro, levando a mente dos homens a uma paixão desenfreada.

Segundo, obstruindo sua força de gestação.

Terceiro, eliminando os membros destinados a esse ato.

Quarto, convertendo os homens em animais por meio de artes mágicas.

Quinto, destruindo a força de gestação das mulheres.

Sexto, provocando o aborto.

Sétimo, oferecendo as crianças aos demônios.

Devemos acrescentar que em todos estes casos, as bruxas parteiras provocam danos ainda maiores, que as bruxas penitentes, como com frequência nos disseram, e a outros, afirmando que ninguém faz mais dano à fé católica que as parteiras. Pois quando não matam as crianças, então, como para qualquer outro propósito, os sacam da habitação, os levantam ao ar e os oferecem aos demônios. (Kraemer, Heinrich; Sprenger, James, 1486, grifos meus)

Lendo esse trecho final me lembrou a tradição de se levantar bebês e pedir bençãos à lua, que pode ter sido narrado pelos inquisidores como oferecer ao demônio. Uma das práticas das parteiras kalunga é apresentar os bebês à lua antes de que elas/eles/elus saiam “na sociedade”. Até o sétimo dia de nascimento essa apresentação é feita com os seguintes dizeres: “lua, luar, pega meu filho ajuda a criar. Se fosse homem eu te dava, como não é eu não dou não. Toma lá e dá cá, pega meu filho e ajuda a criar.” Quando é menino o dizer final é: “se fosse muié eu dava, como não é, eu não dou não”. Aprendi assim da parteira dona Marina, mas também ouvi versões semelhantes de outras parteiras, ajudantas e mulheres, mudando alguns conectores, detalhes.

Vanusa Nogueira Neves, pesquisadora e palhaça Glorinha Fulustreka, goiana que andou se inspirando e inspirando contações de história em terras kalunga, também ouviu essa história e encontrou duas outras referências: uma no livro “Os Ibejis e o Carnaval”, da escritora Helena Theodoro (2009); e a outra no artigo de Aviz (2015), que fala do Kenguelekezê, de Mocambique, outras referências sobre o ritual de apresentar crianças à lua, segue o trecho citado pela autora:

Kenguelekezê é uma expressão proferida (na verdade, gritada) nesse tipo de cerimônia enquanto alguém que segura o bebê o balança e lhe mostra a Lua. Na realidade é uma dupla apresentação: apresenta-se o bebê à Lua e, ao mesmo tempo, a Lua ao bebê. Nas tradições bantas acredita-se que muitas doenças que atacam aos recém-nascidos têm a ver com esse astro, inclusive uma conhecida como doença da lua, que se manifesta como uma epilepsia. Durante a cerimônia de dar nome ou de “tirar o bebê” (tirar o bebê significa: apresentação do bebê, geralmente um mês após o nascimento – kenguelekezê), que geralmente coincidem, deve-se mostrar o bebê à lua para que ela seja mais piedosa e generosa, e assim ele cresça com saúde. Esses hábitos tendem a desaparecer sobretudo nas cidades, onde os jovens já dão nomes aos filhos sem nenhuma cerimônia – em geral, são escolhidos antes mesmo do nascimento. Mas no campo ainda se faz todo o ritual: mesmo quando o bebê sai da maternidade, caso tenha nascido na cidade, fica sem nome e aguarda essa cerimônia para recebê-lo (Avis, 2015 p. 144 *apud* Neves, 2019 p. 84).

Paulina Chiziane, escritora moçambicana, em um trecho de seu livro também faz alusão a essa prática:

\_kenguelekezêê!...

Braços negros erguem-se no ar, mergulhando os dedos enfileirados no prateado leitoso que emacia o céu, partindo do coração da lua.

\_ Kenguelekezê!... Eis aqui o herdeiro da coroa!

O menino negro \_ negro não, de prata sim, porque a lua cheia pintava o rosto angélico, cobrindo-o com seu manto prata\_ cumpria o ritual da lua nova que se realizava na lua cheia por tratar-se do filho herdeiro.

\_ Kenguelekezê! Eis aqui uma vida nova! Majestosa lua: recebe essa criatura, esta gota de água que veio ao mundo para ser feliz. Dá-lhe a benção. Poupa-a das diarreias, doenças nervosas, ataques, quando nasceres, quando encheres e quando morreres, kenguelekezêêê!...

O menino nu tremia de frio, suspenso nos braços erguidos das madrinhas. Fechou os olhos, esfregou-os, esperneou, e lançou um jato de urina molhando a cabeça de uma delas, soltando gritos de protesto.

Com o menino erguido no ar, as madrinhas dançavam à volta da fogueira sagrada. A seguir administraram fumos e drogas purificantes para afugentar feitiços e maus-olhados. (Chiziane, 1990 p. 11)

Vanusa Neves escutou uma versão de dona Procópia, importante liderança da comunidade kalunga Riachão, Monte Alegre de Goiás, e Quita, mulher da mesma comunidade:

Lua, luá, toma sua filha pra podê batizá

Se fosse homi eu dava

Mas como é muié num dô

Cê toma lá e dê cá (3x)

Lua, luá, toma sua filha pra nois criá

Depois de criado pra nois batizá (3x) (Neves, 2019 p.85)

Noto um sincretismo mais forte com a tradição católica por mencionar o batismo nessa versão que na que eu aprendi com dona Marina. Ressalto que cada uma dessas referências têm tempos históricos bem diferentes. Por um lado penso que se em 1484 os inquisidores escreveram sobre a prática de elevar bebês aos céus e interpretaram como oferenda ao demônio, é porque essa prática de pedir benção à lua estava presente em algumas tradições da época. E se hoje escutamos parteiras kalungas ensinar esse pedido de benção à lua, que é também narrado por Paulina Chiziane em 1990 em Moçambique, entendo

que é uma tradição de mais de 500 anos que sobreviveu a duros ataques e tentativas de extermínio, e que se reinventa em cada território onde ela renasce.

Voltando à diferença de como as práticas eram legitimadas ou perseguidas segundo quem as realizava, em 1727 enquanto um manual médico “memorial de vários símplices que da Índia, da América, de outras parte do mundo vêm ao nosso reino para remédio de muitas doenças, no qual se acharão as virtudes de cada um e o modo com que se devem usar” escrito pelo médico Francisco Manuel de Melo prescrevia as virtudes da cobra cascavel, Luzia Pinto, uma negra forra de Sabará Minas Gerais era processada pelo Santo Ofício por ser calundzeira e trazer cascavéis enroladas nas pernas e braços: “o saber médico assegurava caução à intimidade com cascavéis; já a negra era perseguida exatamente porque portava dita cascavéis (Del Priore, 2003. p.241). “A caça às bruxas não conseguiu acabar com as curandeiras e parteiras, mas teve como consequência a transformação de sua prática em atividade suspeita” (Vieira, 2002 *apud* Brasil, 2010).

Del Priore traz um capítulo falando só sobre as sangrias que eram utilizadas pela ciência médica nos XVII e XVIII para diversos males do corpo feminino. Apresenta um caso narrado pelo médico Francisco Nunes, formado na Universidade de Alcalá (Espanha) que regressou a Pernambuco no final do século XVIII pra atender e escreveu tratado sobre o parto humano, e fala de uma preta que teve um grande inchaço na barriga após o parto, e recebeu inúmeras sangrias até o terceiro dia quando morreu. Sangrias repetitivas eram remédio usado por médicos da época pra hemorragia descontrolada, acreditava-se que sangrando em outra parte se poderia liberar o humor alterado e o sangue da natura poderia ser contido.

Para Del Priore ora a “madre era atacada de um mal estranho que fazia os médicos interrogaram-na, ora era uma benzedeira a disputar com os mesmos homens o privilégio de sanar as enfermidades que ela melhor conhecia por ser também mulher” (2003, p.236).

Tendo seus corpos sujeitos a sortilégios e encantamentos, as mulheres preferiam tratar-se no interior de um universo feminino de saberes, onde a troca de solidariedade era corrente, o que instigava os doutores a caricaturar não só a necessidade de tratamentos como também a figura das mulheres que curavam. (Del Priore, 2003 p.237)

A autora traz alguns registros de inquisição no Brasil com a denúncia feita ao comissário de santo ofício Antonio Teixeira de Lima em 1762 em Vila Formosa de Senhaém (Pernambuco), dona Mariana Cavalcanti e Bezerra de que Maria Carodos parda forra benzia madres e que a escrava Bárbara curava

madres, em outra localidade da mesma freguesia uma certa Joana Luzia benzia madres. Del Priore traz alguns relatos sobre os poderes mágicos da madre e dos fluidos femininos, inclusive um relato de que a negra Josefa em minas setentista lavava as partes pudendas com a água que misturava a comida do seu marido e de seus senhores (Del Priore, 2003 p. 240).

Del Priore cita a violência física e sexual exercida por Frei Luís de Nazaré no exorcismo da negra Tomásia em 1736 na Bahia, “foi tratada com defumadouros feitos com cabelos da partes venéreas de duas outras escravas e material seminal resultante da cópula de ambas com um padre exorcista”.

Em 1752, as posições de parição sugeridas por dois médicos portugueses Manuel Afonso e José Melo era “de pé com as pernas afastadas e algum tanto curvas, encostando-se com os braços ou corpo da cintura pra cima a algum leiro ou mesa de boa altura”; ou de joelhos, “ficando um do outro afastados na distância necessária”; para algumas o parto se fazia “mais a vontade assentadas entre duas cadeiras; outras sentadas na ponta de uma só, outras se faz preciso situá-las na borda do leito ou no dito lugar suspendê-las pelos braços e pernas, ficando estas afastadas e curvadas. E outras finalmente na mesma cama se lhes dá a situação necessária” (Del Priore, 1993 p. 262). Nota-se que as posições são todas verticalizadas.

O projeto de normatização da mulher (qual?) empreendido pela Igreja e pela medicina que se institucionalizava ganha destaque tanto na leitura historiográfica desse território (Del Priore, 1993), como na história europeia (Fredericci, 2003) “adestrar a mulher fazia parte do processo civilizatório”(Del Priore, 1993 p.27).

esse discurso normatizador foi pulverizado sobre toda atividade religiosa na colônia, dando especial sabor normativo nos sermões dominicais, às palavras ditas pelos padres nos confessionários, às regras das confrarias e irmandades, aos ‘causos’ moralizantes, aos contos populares, aos que critérios com que se julgavam os infratores das normas por intermédio da murmuração e da maledicência. (Del Priore, 1993 p.26)

O discurso médico “dava caução ao religioso” (Del Priore, 1993 p.27) justificando no corpo a ideologia colonial. Para a medicina o “empenho em normatizar o funcionamento da madre significava, além de adestrá-lo na via da maternidade, esvaliá-la de qualquer significado mágico, diabólico e enfeitiçador” (Del Priore, 2006 p. 101).

a medicina aliou-se a igreja na luta pela constituição de famílias sacramentadas, e o médico, tal como o padre tinha acesso à intimidade das populações femininas.

Enquanto o segundo cuidava das almas, o “doutor” ocupava-se dos corpos, sobretudo no momento de partos difíceis e doenças mais graves. (Del Priore, 1993 p.29)

A ordem do discurso e seus dispositivos práticos construíram uma verdade sobre a relação gênero-raça-classe e a maternidade preta. Segundo Evaristo (2003), o imaginário sobre a mulher na cultura ocidental constrói-se na dialética do bem e do mal, do anjo e demônio, cujas figuras símbolos são Eva e Maria e, sobretudo, a noção de que o corpo da mulher se salva pela maternidade. Entretanto, segundo a autora, a ausência de tal representação para a mulher preta, acaba por fixá-la no lugar de um mal não redimido, caracterizado por uma animalidade ou por uma sexualidade perigosa, que macula a família tradicional eurocêntrica. (Santos, Renata Guerda de Araújo, 2021 p.8)

Uma das perguntas que surgem nessa história contada dos discursos religiosos e médicos foi o quanto eles de fato chegavam tanto nas pessoas negras escravizadas como em quilombos e comunidades indígenas. Especialmente o quanto desse ideário chegou e influenciou na vida e história do parto em Cavalcante. Embora por um lado a recuperação histórica mostre que somente uma parcela muito pequena da população na maior parte do dito período colonial era atendida por médicos (Mott, 1999; Del Priore, 1993), pelos relatos das mais velhas daqui é possível ver resquícios e registros desses ideais. Ainda que a normatização do papel da mulher e do feminino pareça estar voltado para a realidade de mulheres brancas, o discurso religioso se firmou na história dessa comunidade. A forma como a virgindade era vista, o casamento, o caráter mágico e perigoso do útero, do sangue, são imaginários presentes sobretudo nas mais velhas de Cavalcante.

Adentrando o século XIX, quando o nascimento começa mais fortemente a transformar-se em “ciência dos partos” (Velveau, anatomista e cirurgião francês que escreveu alguns tratados sobre partos, em 1835 *apud* Barreto, 2008 p. 905), nas historiografias consultadas o nome dado às mulheres que acompanham partos podia ser parteiras curiosas, aparadeiras, parteiras examinadas, comadre, aparadeira e curiosa (Barreto, 2008; Mendonça 2002; Mott 1999, 2001, 2002; Del Priore, 1993).

Quanto à formação, as parteiras podiam ser ‘ocasionais’ ou ‘de ofício’. As primeiras colocavam-se como responsáveis pelo parto ou como auxiliares deste esporadicamente, e não possuíam essa atividade como profissão principal ou

secundária. As parteiras de ofício cuidavam da parturição como profissão, subdividindo-se em três categorias: as ‘leigas’, as ‘examinadas’ e as ‘diplomadas’. As leigas possuíam *apenas* o saber empírico sensorial. As examinadas eram avaliadas por cirurgiões indicados pela Fisicatura-mor, órgão responsável pela regulação e fiscalização dos profissionais das artes de curar: após responderem a perguntas teóricas e práticas, recebiam uma carta que as autorizava a praticar a arte de partejar. Há que ponderar que, para responder às perguntas, a candidata tinha algum contato com os manuais de cirurgia editados especialmente para aquele objetivo. Por fim, as parteiras diplomadas eram aquelas que cursavam obstetrícia na Faculdade de Medicina da Bahia ou do Rio de Janeiro, a partir de 1832. (Barreto, 2008 p.905, grifos meus)

No século XIX os “médicos operadores e parteiros” eram chamados em casos de emergência e iam com uma maleta de metal com seus “ferros” dentro, que consistia em fórceps, perfuradores, pinças diversas, ganchos, cranioclasto de Braun (ferramenta pra esmagar a cabeça e retirar feto ou bebê morto ou semimorto quando representa risco de vida pra mãe); craniótomo de Smellie (para perfurar), gancho de decapitação. Algumas manobras consistiam em quebrar ou desmembrar o bebê morto ou moribundo. Se faziam por vezes corte no colo do útero. Segundo o próprio médico autor que vangloria a medicina ocidental, essas intervenções contribuíram para resultados trágicos e aumento da mortalidade materna e fetal. É preciso lembrar que até 1832 não havia anestesia, e todas essas intervenções eram feitas no seco (Mendonça, 2002).



Figura 3: Gancho Braun



Figura 1: Cranioclasto de Braun



Figura 2: Basiotribe de Tarnier

Del Priore também fala sobre as recorrentes embriotomias utilizadas pelos médicos quando a parteira saía de cena e traz uma narração em detalhes do médico Francisco Nunes:

primeiramente deita-se a prenhada de costas, boca a riba de tal sorte que as pernas e os pés e toda a meia parte do corpo se alce em alto e a cabeça baixa, mãos e pernas fortemente amarrados impedem que, ao puxar a criança, não se maneie a mão nem se vá atrás dela. Com a mão esquerda untada com óleo de susenas ou outro moleficante e os dedos bem estendidos, abra a natura e meta a mão, tateando para saber de que maneira e em que sítio está posta a criatura em a madre, para que com mais facilidade e comodamente possa meter as tenazes ou o ancinho, que é o instrumento de cirurgia em forma de garfo e atraí; e se a criança morta vier de cabeça deve meter-se o instrumento por um dos olhos ou pelo paladar, ou debaixo da barba, ou nas pás, ou em outra parte do corpo onde melhor puder agarrar, e assim se tirará pouco a pouco e mansamente até que se tire todo. (...) Porém, se a criatura cai de pé, se deve pegar com instrumento curvado sobre os ossos do peito ou das costas, e deve meter outro instrumento também curado da pare contrária, para que com um em cada mão vá tirando a criatura para fora,...e ao mesmo tempo apeada em alguma parte a desapegue...e indo sempre tramando os instrumentos ou garfos mais profundamente. Porém se pelo contrário não mostrar mais que uma mão, se irá puxando até que todo o braço venha a fora, então se corte pela raiz do ombro; o mesmo se deve fazer quando aparecerem ambas as mãos, ou ambos os pés, ou um só, advertindo que deve ser cortado pelo músculo arriba, para que os cirurgiões têm aparelhados instrumentos convenientes como tenazes, navalhas e garfos delicados... e se a cabeça por grande não puder caber, se quebrará como for possível e se tirarão os ossos do crânio em pedaços com o mesmo gatilho com que os barbeiros tiram os dentes. Se contudo não puder sair o corpo pela estritura do cano, se tirarão com o mesmo gatilho os ossos do peito, fazendo-os primeiro em pedaços, depois endereçar o corpo à saída... (Del Priore, 1993 p. 267,268)

O relato cima é de uma conduta escrita em um tratado médico pelo doutor Pernambucano no final do século XVIII. A situação de um bebê a termo morto dentro da barriga é bastante limite, grave e com alto risco de morte materna, especialmente antes da cesárea se tornar uma cirurgia com uma segurança razoável para a vida da mulher ou pessoa gestante. Eu escutei alguns relatos de parteiras sobre se deparar com essa situação e as técnicas que elas usaram. A maior diferença, sem dúvidas, está na

instrumentalização e centralidade da mesma no relato médico. Enquanto pessoa com útero, ao ler o relato acima sinto pontadas no canal vaginal e no ventre, imaginando que esses ferros, que devem ser introduzidos sempre mais profundamente, com certeza não se limitavam ao corpo do/a bebê morto/a, mas também machucava as mulheres. Também me choca pensar numa mulher e a família ao redor que desejava aquela criança, assistir ela ser retirada em pedaços.

Quando ouço estas histórias me vem reflexões básicas de fundamentos da bioética: se é necessário infringir tanta dor e sofrimento a alguém para o avanço da ciência, esse “avanço” justifica a tortura? Eu acredito que não. Existe uma possibilidade de que os médicos que usavam esses instrumentos e torturavam essas mulheres, tivessem a melhor das intenções, estando na busca por “salvar vidas”. Então, como estabelecer esses limites enquanto a coisa acontece? O que essa história nos deixa de aprendizado para hoje poder olhar situações similares e conseguir intervir: aqui você está torturando mais que ajudando, aqui há mais malefício que benefício.

As técnicas usadas pelas parteiras em casos de morte do bebê a termo dentro do ventre, quando não existia a possibilidade de encaminhar para um hospital, nem existia a possibilidade de uma cesárea com boas chances de sucesso, era a de dar remédios (plantas) que estimulassem a contração uterina, lubrificar a mão e buscar o bebê puxando parte por parte deslizando pela vagina, auxiliando com outra mão por fora massageando a barriga. Não deixa de ser uma intervenção dura, que elas mesmas contam como “era o que dava pra fazer para salvar a vida da mulher”. As parteiras tinham tesouras, e provavelmente outros instrumentos “da roça” disponíveis, mas nunca foi a escolha delas utilizá-los nesses casos.

Não quero aqui julgar os médicos que realizavam esses métodos, sei que é uma situação que gerava medo da morte materna, e provavelmente estimulou a busca por intervenções mais duras. A situação de um bebê morto na barriga é relatado por algumas pessoas de Cavalcante com temerosidade, uma situação complicada onde houveram mulheres que morreram. Contudo, há se nomear a diferença de estratégias, que se relaciona a diferença entre as medicinas tradicional e hegemônica. Nesse caso, uma prioriza a manipulação através de ferramentas e sofisticação das mesmas, a outra prioriza o uso de técnicas combinadas (plantas, manobras, benzimento).

Importante ressaltar que em parte da historiografia médica se considera que as técnicas de embriotomia diminuíram o número de mortes maternas (Parente, Raphael Câmara Medeiros; Moraes Filho, Olimpio Barbosa; Rezende Filho, Jorge; Bottino, Nathalia Gravina; Piragibe, Pollyana; Lima, Diego Trabuși; Gomes, Danielle Orlandi, 2010), embora haja controversias, como o próprio médico

Mendonça admite que algumas dessas técnicas tiveram resultados trágicos (2002). A questão é que não era possível fazer uma estatística representativa quando a maior parte dos partos não era realizada por médicos, e nem havia coleta e sistematização de dados suficientes para tal afirmação. O mais importante em trazer esses relatos médicos é perceber que também havia alta taxa de mortalidade materna e neonatal para essas situações “ainda com” (ou justamente por isso) todo aparato cirúrgico.

Já que mencionamos a cesárea e estamos falando sobre o século XIX, quando a mesma começa a ser praticada em maior escala, vou contar algumas versões dessa história. A história da cesárea no mundo não é muito precisa. Existem escritos, contos, lendas, histórias que remetem a práticas que podem ser entendidas como cesáreas. Por exemplo na mitologia grego-romana Esculápio ou Asclépio, foi retirado do corpo de sua mãe Coronis pelo Deus Apolo enquanto esta era queimada por haver traído seu prometido com Apolo. Esculápio foi então cuidado por Qiron (metade humano e metade cavalo) com quem aprendeu muito sobre cura. Se tornou um grande curador, tanto que atraiu a fúria de Zeus que o matou. É considerado o deus da medicina e da cura (Viana, Renata Calheiros, 2011). É bem interessante, na falta de outra palavra, que o deus grego-romano da medicina tenha nascido de cesárea, que o deus Apolo tenha conseguido salvar somente ele e não a mulher que ardia em chamas por um suposto adultério. A história patriarcal consegue surpreender.

Em algumas versões do nascimento de Buda se sustenta que ele foi retirado pelo flanco direito de sua mãe Mayadevi (que morreu 7 dias após seu nascimento) pelos deuses Indra e Brahma. Embora outras versões digam que ela pariu sozinha e sem dor. O médico Mendonça sustenta que os textos de Lalitacistara e Mahâvastu defendem que esses deuses evitaram a via baixa de nascimento “preferindo o parto operatório por ser imaculado”(2002, p. 129). Essas diferentes versões explicitam como a história, entendida como a leitura do que já passou, é construída pelo ponto de vista, revelando mais uma vez que a história não é algo dado e imutável, é também um campo de disputas. O olhar que se faz para imagens, escritos, contos é direcionada pelo que se busca e a posição de quem busca no momento que busca. Essa história que conto aqui, é mais uma versão.

Algumas referências apontam também a possibilidade de terem havido cesáreas no Egito antigo, por um texto datado do ano 23 de Hamurabi da Babilônia (1795-1750 a.C), é provavelmente o primeiro relato de uma cesariana feita em mulher morta ou em vias de. Existem hoje recuperações históricas da medicina Kemética que apontam menor mortalidade materna nas cesarianas quando comparado aos registros eurocentrados (referência oral, Akilah Raawiya). Cesarianas em mulheres mortas eram realizadas provavelmente por egípcios antigos (Parente et al. 2010). A cesariana também foi representada

por meio da arte em esboços de pinturas antigas chinesas e persas, sendo realizada em mulheres aparentemente vivas em algumas das pinturas. Em 1280, a Igreja tornou a prática da cesariana post-mortem obrigatória (Parente et al. 2010).

A realização da primeira cesária em uma mulher viva é datada de 1500, tendo sido feita por Jacob Nufer em sua esposa (o nome dela não aparece nos relatos, apenas o dele), em um cidade da Suíça. Jacob tinha experiência em castrar porcos. A história narrada é que a mulher havia recebido treze parteiras sem que o bebê pudesse nascer. Jacob então procurou alguns cirurgiões barbeiros que se recusaram a fazer a cirurgia, ele então decidiu por conta própria fazer a incisão. Retirou seu filho, costurou a mulher, todes ficaram bem, ela voltou a parir novamente e o bebê cresceu saudável (Mendonça, 2002, Rezende, Joffre Marcondes de 2009). O primeiro registro oficial de cesárea seria de 1581 na Itália, sem êxito. As primeiras cesarianas registradas tinham quase 100% de óbitos. Na historiografia médica o registro da primeira cesariana que deixou com vida mãe e bebê foi em 1610 na Alemanha. Em uma revisão do século XVII, foi listado um total de 19 casos, dos quais dois tiveram êxito (Mendonça, 2002; Parente et al. 2010) .

Um grande aumento do número de cesáreas é registrado entre XIX e XX especialmente na Grã-Bretanha e Estados Unidos, e é atribuído ao aumento do raquitismo por cortes na produção agrícola e pouca exposição a luz. A explicação dada é que o raquitismo gerou nas mulheres má formação da pélvis, dificultando os partos vaginais. O aumento das cesáreas no caso dessa doença fez com que aprimorassem a técnica, e com a redução da doença o número de cesáreas não diminuiu (Parente et al. 2010).

No Brasil, a primeira cesariana foi realizada no Hospital Militar do Recife, em 1817, pelo médico pernambucano José Corrêa Picanço em uma negra escravizada, e que teria sobrevivido (Parente et al. 2010; Mendonça, 2002). Embora seja controverso se foi ele mesmo quem fez a cesárea. O médico Mendonça (2002) também menciona acerca de “lendas” sobre a prática de cesárea entre o povo bororo, sem ter referências. O próximo registro mais oficial de cesárea data de 1855 por Luiz da Cunha Feijó, no Rio de Janeiro, um bebê que veio pélvico, foi realizada a cesárea e a mãe faleceu dias após. A segunda cesárea realizada pelo mesmo médico em 1862 teve o mesmo desfecho: bebê vivo, mãe morta (Parente et al, 2010; Mendonça, 2002).

Nessa época, era de prática internacional a não-sutura do útero, orientada por Rousset em 1581, o que ocorria até 1876 na Europa com terríveis consequências. De acordo com uma estimativa da época, nenhuma mulher sobreviveu a uma cesariana realizada entre 1787 e 1876 em Paris (Parente et al, 2010, p. 484).

Observe e registre: 100 anos de um procedimento que levou todas as mulheres a morte.

Fernando Magalhães, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, pôs em prática uma nova técnica de cesárea que apresentou uma menor taxa de mortalidade materna (Parente et al., 2010). Daí em diante várias técnicas foram surgindo e sendo praticadas, até que aproximadamente a partir de 1960 com o uso mais difundido de antibióticos a cirurgia foi aos poucos se tornando mais estável (Parente et al. 2010).

É importante lembrar que foi na década de 1880 que a teoria de Louis Pasteur sobre os germes causadores de doença foi reconhecida e aplicadas medidas higienizadoras por médicos. Antes disso, alguns outros médicos apontaram para essa relação e a necessidade de higienização, um deles o obstetra húngaro Ignaz Semmelweis observando que as taxas de mortalidade das mulheres que pariam com médicos era absurdamente maior do que as que pariam com parteiras, e que as mesmas tinham medo dos médicos por essa razão, começou seu estudo. Após a morte de um amigo que, cortado por um bisturi de cirurgia, apresentou sintomas de febre puerperal, maior causa morte das mulheres assistidas por médicos naquela época, ele observou que a grande diferença entre as parteiras e médicos era que elas não tinham contato com cadáveres. Ele instituiu no Hospital de Viena a prática de lavar as mãos com solução de hipoclorito de cálcio e reduziu a mortalidade materna de partos assistidos por médicos. Acabou sendo internado em um hospício. E a prática não se popularizou, pois para os cirurgiões da época, as manchas de sangue em seus jalecos representavam status, de que eram experientes (Collen, Alanna, 2015).

Muitas águas rolaram nas pesquisas e práticas médicas até 1944 quando definitivamente se desenvolveu o uso de antibiótico (Collen, A. 2015). Até então, parir com médicos, especialmente em hospitais, representava uma grande possibilidade de infecção. É importante ressaltar que embora um dos principais argumentos que profissionais da saúde usam para deslegitimar as parteiras tradicionais seja a falta de higiene, tanto por esses dados internacionais da história da assistência, como pelo relato das 78 mulheres entrevistadas em Cavalcante, a febre puerperal não aparece como causa da morte de mulheres assistidas por parteiras tradicionais. É muito mais abundante na história da assistência médica. Nos relatos de Cavalcante as mortes maternas são em decorrência de hemorragia ou casos em que o bebê não nasce, e pela maneira como é narrado que as mulheres se sentiam, provavelmente eclampsia.

A medicina não se constituiu enquanto disciplina autorizada a cuidar da saúde (ou das doenças?) unicamente por seus bons resultados na qualidade ou aumento do tempo de vida das pessoas. As produções escritas de médicos, tanto acadêmicas como veiculadas em imprensa, buscaram invalidar saberes e fazeres diferentes dos seus. Durante o século XIX, especialmente na segunda metade

desenvolve-se o periodismo médico, médicos anunciavam seus serviços nos periódicos “O periodismo médico foi um instrumento para a afirmação do saber acadêmico no campo da obstetrícia e da ginecologia” (Barreto, 2008 p. 915).

Os tropicalistas baianos acreditavam que a procriação e a maternidade estavam no centro de qualquer esforço para construir uma nação saudável, possuindo eles a autoridade científica para definir esse outro caminho. (...) que estava calcada no ideário positivista: os avanços da ciência, da técnica e da tecnologia médicas fariam com que a ‘modernidade’ – simbolizada pelos médicos – superasse o ‘atraso’ – representado pelas parteiras. (Barreto, 2008 p.916/917)

Em 1841 Francisco de Paula Costa aprova tese para obtenção de diploma da faculdade de medicina do Rio de Janeiro descrevendo as parteiras como: “mulheres de ordinário nascidas numa classe mui baixa, imbuídas de graves preconceitos, despidas de todos os conhecimentos, ignorando mesmo muitas vezes o ler e o escrever, cuja mocidade foi estragada nos deboches e nos prazeres” (*apud* Mott, 1999). A autora após fazer uma pesquisa histórica nos documentos médicos reconhece que esses criaram a imagem da parteira como uma mulher ignorante, sem moral, responsável pela morte de mães e recém nascidos (Mott, 1999).

O médico francês Jean Baptiste Alban Imbert, que entre meados e final do século XIX escreveu alguns manuais de medicina doméstica destinados a fazendeiros brasileiros (Da S. Rodrigues de Souza, Cássia Regina, 2019) escreveu em 1834 sobre as parteiras:

a mulher que com dores de parto tiver a desgraça de te estar cercada por três ou quatro parteiras deve necessariamente suportar mil diversas posições, a tomar toda a espécie de beberagens e a fazer movimentos, contrações e esforços mal calculados; há de mais a sujeitar-se a beijar as fingidas relíquias e os sujos cordões deste ou daquele santo; é obrigada a rezar ao santo de seu nome e a por no peito e ao pescoço rosários dondem podem lhe provir sarnas ou ainda quaisquer moléstia; enfim, é vítima de quantos prejuízos e superstições já, e tudo se sujeita sem a menor oposição. (*apud* Del Priore, 1993 p. 277, 278)

O médico obstetra Mendonça em 2002 ao escrever sobre a história do parto, coloca:

no passado os partos eram realizados a domicílio por parteiras curiosas, “aparadeiras” ou parteiras examinadas. Quase nunca por médicos, intervindo esses somente em casos complicados ou emergenciais quando eram chamados pra

solucionar o parto. Quase sempre realizando manobras obstétricas difíceis, algumas vezes fetotomias<sup>3</sup>, quando a necessidade impunha. Todos os médicos tinham o conhecimento da arte de partejar, uns com mais habilidade, outros com menos destreza, entretanto de muito superando os conhecimentos das parteiras, que quase sempre desconheciam a anatomia e fisiologia humana. (Mendonça, 2002, p. 46)

A disputa de saberes, ou melhor, a tentativa de invalidar um saber e enaltecer o outro é explícita. Nota-se no primeiro parágrafo a necessidade de colocar que as manobras que os médicos faziam eram difíceis, dando o foco pras intervenções duras em detrimento das intervenções leves. “A desvalorização da parteira e dos demais profissionais das ‘artes de curar’ fez parte do contexto de organização da profissão médica e das instituições de atenção à saúde.” (Barreto, 2008 p. 903)

Agora volte ao tópico 100 anos de cesárea e a maioria das mulheres mortas, volte ao tópico da descoberta das causas da infecção puerperal e como foi uma causa-morte típica da atenção médica, volte ao tópico das intervenções instrumentais que mutilavam os corpos das mulheres, enquanto as parteiras untavam as mãos de óleo para retirar bebês e depois banhavam as mulheres. Quem tem legitimidade para apontar a outra como ignorante, sem moral e responsável por mortes?

Mott analisa como os médicos mantinham um discurso que se autoatribuía maior competência do que as parteiras mesmo não tendo experiência:

era como se por um passe de mágica, da noite para o dia, a posse do diploma da Faculdade de Medicina tornasse os alunos de ontem profissionais melhores do que as parteiras, pouco importando o tempo de prática e a experiência que elas tivessem acumulado. (Mott 1999, p. 9)

A autora considera que além da disputa existente entre o ciência e a sabedoria popular através da institucionalização da medicina, os ataques as parteiras também se relacionam a um questionamento sobre a capacidade moral e física das mulheres exercerem tal atividade, considerando a ascensão de discursos normatizadores da mulher enquanto reprodutora.

Importante lembrar que entre os séculos XVII e XVIII a ciência médica buscou normatizar o feminino, assim como a Igreja Católica. “Para os praticantes da ciência médica a definição de uma natureza feminina tinha uma função normativa tanto no campo da patologia clínica quanto moral” (Del Priore, 1993 p.205). Importante lembrar também que essa naturalização do feminino era totalmente

---

3 Se refere à técnica de despedaçar o feto para tirá-lo em pedaços.

diferente para mulheres indígenas, negras e brancas. Infelizmente a maior parte dos registros históricos e análises desses registros se referem às mulheres como universais. Del Priore é autora de um livro sobre a maternidade da mulher negra no período colonial, “A maternidade da mulher negra no período colonial” , CEDHAL, 1989, mas infelizmente não pude acessar o livro.

Para muitas historiadoras é no século XVIII que o sexo é colado ao gênero mulher, e quando se relaciona que todos os males que tomam essa mulher seriam provenientes de um desequilíbrio de seus órgãos sexuais, sendo que as definições de equilíbrio e desequilíbrio estava determinado pela moral católica (Del Priore, 2006; Rohden, Fabíola, 2003 e outras). Também se sustenta que no princípio da ciência médica, a anatomia de homens e mulheres era vista como igual, só que uma pra fora e outra pra dentro (Laqueur, Thomas, 1990). Para essa vertente de leitura da ciência médica é justamente no século XVIII com as definições morais dos órgãos que se começa a criar a mulher (e o feminino) atrelado ao corpo. Um exemplo nítido da forma como anatomia se mistura com a moralidade católica da época é o escrito de Antônio Ferreira, médico português, em 1757 explicando sobre a madre (útero):

é uma parte ordenada da natureza em as mulheres, principalmente para receber o sêmen, e dele se engendrar a criatura para conservação do gênero humano, e para ser caminho por onde se expurgue cada mês o sangue supérfluo que se cria demasiadamente na mulher, não só por fraqueza do calor natural que nelas há, como por defeito do exercício, tomando a natureza o que há mister para o nutrimento dos membros e lançando o mais como cousa supéflua ao útero para todos os meses expurgar. (Ferreira, Antônio 1757 p.25 *apud* Del Priore, 1993, grifos meus)

Mary Del Priore traz a reflexão histórica de que se no barroco a vagina era vista como “a porta do inferno e entrada do Diabo, pela qual os luxuriosos gulosos de seus mais ardentes e libidinosos desejos descem ao Inferno” nesse momento, século XVIII com a sobreestimulação e sobrevalorização da maternidade, o destaque é para a função do corpo materno. Nesse período a parte interna da mulher era a da maternidade, e as externas o avesso da procriação, o prazer (1993 p.209). Para a autora, desde Aristóteles se cria uma ideia que continuou sendo difundida pela igreja: “a madre era ao mesmo tempo território de utilidade e abjeção” (1993 p.212).

Del Priore ao buscar traçar as questões da maternidade na mulher colonial se depara com um grande desafio, que ainda é o meu aqui: ela encontra diversas fontes de médicos e eclesiásticos escrevendo sobre o corpo da mulher, mas não pode acessar fontes que digam como essas mulheres

estavam vivenciando seus corpos nesse período, o quanto que esses discursos de fato representavam as mesmas. “É chegado um tempo em que o corpo da mulher irá nascer das palavras das mulheres” (Elisabeth Ravoux Rallo, 1984 *apud* Del Priore, 2006).

Del Priore coloca que a relação mágica transmitida oralmente de conhecimentos de botânica e cura das águas entre mulheres foi sendo substituída, estimulado pela Igreja, pela cura através das Santas, Nossa Senhora. Traz como exemplos de cura para as mulheres na época da colônia as águas de uma Lagoa nas Congonhas de Minas Sabará onde iam várias mulheres, especialmente negras, banhar-se ou beber a água pra os males da madre e saíam de lá curadas. “À medida que a intimidade com a natureza e com a botica do quintal se transmitia de mães para filhas, resistindo à taxinomia que faziam os médicos, a Igreja procurava substituir esse relacionamento mágico por outro, piedoso” (Del Priore, 1993 p. 223).

Sobre a substituição do uso de elementos da natureza, pela devoção às santas, especialmente Nossa Senhora do Bom Parto, Nossa Senhora do Ó e Santa Margarida, Del Priore traz como exemplo o hábito de enrolar-se em peles de cobra que vai sendo substituído por elementos cristianizados, como o cordão de São Francisco. Trazendo para minha experiência esse exemplo chama atenção, pois algumas parteiras e benzedores da região, especialmente kalungas, fazem um cordão de proteção para o parto, cordão que é enrolado na barriga da gestante, e como todos os benzimentos daqui, diversos santos, Deus e Jesus são invocados nessa oração de proteção. Conheço alguns pajés, curadoras e parteiras, especialmente dos povos Hunikuin, Yawanawa e Apurinã, que usam pele de jiboia enrolada em partes do corpo em trabalhos de cura. A reflexão que me gera o apanhado histórico de Del Priori com essa realidade é uma confirmação que a cristianização traz essa mudança, e também que a cristianização não é absoluta mesmo nos povos que foram cristianizados, já que as pessoas a que me refiro que usam a pele de jiboia, também fazem orações cristãs.

A autora também chama a atenção para a mudança na Igreja da representação dessas santas, antes representadas grávidas e logo (século XVIII) essas imagens desaparecem e dão lugar a imagens de santas com os bebês entre os braços. A leitura da autora é de uma intensificação da política da maternidade idealizada, da mulher colada a imagem de mãe. Acredito que também aí opera uma negação do próprio corpo e da sexualidade. Segundo a autora:

o mesmo sistema analógico utilizado para substituir práticas tradicionais (pele de cobra) por gestos cristianizados (cordão de São Francisco) servia-se para inspirar as mulheres a portarem-se tal como Nossa Senhora do Parto, do Leite ou da Expectação: sorridentes, serenas e maternais. Ou ainda inspirava a repetir a

piedade e devoção daquelas outras mulheres dos causos milagrosos (...) reclinada em suas orações, diante do altar doméstico ou da imagem em procissão, ela provia a transferência do espírito tridentino para o interior da vida cotidiana e, junto com ele, as bases para o projeto de normatização de seu próprio gênero (Del Priore, 1993 p.284).

Também percebo nessa transição um antropocentrismo crescente enquanto projeto de separação do humano dos outros seres: as águas por si curavam, as águas eram esse ser que curava, provavelmente com auxílio de rezas que invocavam outros seres nos benzimentos. Essa cura vai sendo substituída pelo entendimento de que é Nossa Senhora, em suas múltiplas manifestações, mas sempre com um história bastante humana e moralmente normatizadora do feminino que pode estar presente naquelas águas e curar. Vejo este deslocamento como um passo na direção do dependência das tecnologias humanas cristãs e ocidentais para o reequilíbrio da saúde. Algo manifestado também no distanciamento do parto como um processo fisiológico natural<sup>4</sup> a nós e a diversas espécies animais para um processo que precisa ser mediado por alta tecnologia humana brancocientífica.

Este é um passo na desvalorização da água enquanto fonte de vida e cura, água enquanto ser. Se olharmos todas as possíveis implicações desta mutilação, vemos que as grandes cidades são construídas de costas para os rios, destinando seus dejetos para esses. As grandes cidades que fazem parte deste projeto colonial de nação voltam as costas para as águas para olhar para seu próprio umbigo, uma praça e uma igreja no centro, posteriormente substituído por um shopping ou um arranhacéu empresarial. Este mesmo movimento é o movimento que faz o parto ser visto como perigoso se realizado sem a intervenção hospitalar. Entendo como um desencantamento do mundo de que fala Fernanda Carneiro (2002) e Vandana Shiva (2013) acerca da imposição de superioridade dos saberes científicos.

A ciência médica especialmente no que diz respeito a assistência ao parto caminhou cada vez mais para uma lógica de isolamento de um fenômeno às quatro paredes do que pode em teoria ser controlado pelo doutor (detentor do poder), uma lógica intervencionista tecnocentrada nas produções humanas. Na minha experiência de acompanhar partos as águas comunicam como será o parto e o que se requer, me mostram o que acontece com a gestante e com o bebê, e ajudam elus a atravessarem momentos difíceis. Ler essa história me dói a alma, um sentimento de roubo, apagamento e ignorância.

4 Aqui eu não estou afirmando que existe uma fisiologia natural e universal do parto que possa ser compreendida pela mente humana, como vem sendo defendido pelo movimento de humanização do parto e nascimento. Essa discussão será elaborada mais adiante. Contudo, nesse momento, chamo a atenção para uma transformação onde, de certa forma, o que é humano precisa estar mediado por humanidades, sejam seres invisíveis humanizados(santos, deus, jesus), ou ferramentas criadas por humanos, e não possa dialogar/interagir com não humanidades (águas, cobras).

Del Priore ao pesquisar os discursos médicos do período colonial nota que a parteira está sempre presente, em todos os livros de medicina. Fala-se em ela estar sentada a frente da parturiente, sempre untando as mãos e a natura (vagina) da mulher com óleos, servindo alimentos específicos, fazendo movimentos com a barriga ou períneo. Em momentos difíceis fazendo benzimentos, ladainhas, orações. Em vários desses relatos a parteiras aparecem como alguém experiente pelos próprios partos e de acompanhar outras (Del Priore, 1993, p. 264).

Del Priore resume o atendimento ao parto no Brasil no tempo que Portugal era oficialmente a metrópole como sendo resultado de uma série de aculturações da medicina popular de Portugal, indígena e negra, incluindo o legado dos mouros nesta última. Dá como exemplo a defumação usada pelos povos indígenas e copiada por pessoas não indígenas, e a migração de plantas (Del Priore, 1993, p.271). Das plantas citadas pela autora nos documentos que ela pesquisou apenas a arruda de semelhança com as usadas por parteiras da região de Cavalcante.

A 9 de Fevereiro do corrente ano, no sitio de Santa Thereza, freguezia de Missão Velha, perto de Barbalha e a 27 kilometros da cidade do Grato, no Estado do Ceará, nasceu um monstro duplo, cujos caracteres permitiram a um medico, residente na referida cidade (e que movido por mera curiosidade scientifica fora visitar as creanças recém-nascidas), classifiical-o como um caso de xiphopagia. O parto, segundo as informações colhidas pelo Dr. Dario Peixoto, foi fácil, durando o trabalho apenas 10 horas, nascendo a principio a cabeça de uma das meninas acompanhada pelo corpo da mesma, seguindo-se logo as nádegas e o tronco da segunda, sendo emfim expelida a cabeça desta; mas nada pude obter sobre as particularidades de toda essa interessante evolução obstétrica, por ter sido a parturiente apenas assistida por uma pobre velha curiosa, sem a mínima noção scientifica sobre o assumpto.(Prévost, Chapot, 1905 apud Del Priore p. 233 sublinhado meu)

Del Priore traz uma parte de seu livro falando um pouco sobre *os monstros*, forma como eram tratados bebês que nasciam com formações físicas diversas e que já foram alvo de muitas e muitas explicações. A autora mostra como aproximadamente a partir do século XVII as explicações de tal acontecimento deixam de ser algo atribuído a ambos progenitores para ser mais algo de responsabilidade da mulher-mãe que até mesmo pelo pensamento poderia gerar essas *monstruosidades*. *Os monstros* ocuparam bastante espaço nos relatos médicos, um exemplo acima para além da historicidade específica

de entender como essas questões eram abordadas, mostra como a parteira era vista pela comunidade médica: uma *pobre velha curiosa sem a mínima noção científica do assunto* foi quem acompanhou um parto verdadeiramente complexo de xifopagia<sup>5</sup>. O médico só chegou após o parto. Nota-se que quando o desfecho do parto era desfavorável a parteira era/é logo acusada e culpada, mas quando existe um acompanhamento que envolve tremenda complexidade não existe nenhuma honraria ou valorização ao trabalho de acompanhar esse parto, diferente dos relatos onde há uma intervenção médica bem sucedida, onde os mesmos são vangloriados.

Algo que me chama muito a atenção é o valor depreciativo que médicos davam ao termo “curiosa”, usado para nomear parteiras não diplomadas. Várias parteiras tradicionais que conheci se referem a essa qualidade de ser curiosa como a entrada no campo do parto. Na história que elas contam, a curiosidade levava a buscar em frestas para ver a escondidas os partos, a perguntar e a se dispor em ajudar as parteiras mais velhas, sejam elas mães, avós, tias. Geralmente essa palavra vem envolvida em um sorriso faceiro, que me provoca a sensação de ser um atributo muito importante e de muito valor para realizar um trabalho tão complexo que envolve muito conhecimento. A curiosidade é o que leva ao conhecimento, impulsiona o saber.

Entre os anos de 1811 e 1826 – período que antecedeu a criação do curso de partos – mulheres solicitaram à Fisicatura-mor a regulamentação de seu ofício de parteira. Das 14 parteiras licenciadas pelos órgãos fiscalizadores, apenas três eram negras, sendo uma crioula forra. Nenhum senhor ou senhora de escrava pediu autorização para que a mesma partejasse, como aconteceu com as demais categorias – sangrador, por exemplo. Essa particularidade demonstra que o partejamento na Bahia foi uma atividade inscrita no universo das tradições culturais, pertencente à rede de solidariedade feminina, e que o ganho com essa ocupação era fator secundário, por isso não vamos encontrar parteiras na lista das escravas de ganho (Barreto, 2008 p. 910).

Ao encontrar registro de parteiras falecidas nos arquivos do cemitério de Salvador, ou seja, possivelmente parteiras sem formação, Barreto encontra uma realidade diferente com relação a cor das parteiras leigas, invertendo o perfil quando comparadas às examinadas: apenas uma era ‘branca’, e as demais, ‘pardas’ (Barreto, 2008p 910).

---

5 Quando gêmeos nascem unidos por alguma parte do corpo, especialmente parte superior.

Embora essa leitura histórica traga bastante dos relatos de médicos é sempre bom lembrar que até pelo menos metade do século XX a maioria dos partos no Brasil não era atendida por médicos. Barreto citando Peard (1999, p.124-134) aponta um conjunto de elementos para justificar a limitada inserção dos médicos neste campo da assistência ao parto e às doenças de mulheres na Bahia: o pouco treinamento dos médicos que saíam da Faculdade de Medicina da Bahia; a satisfação das mulheres com o trabalho das parteiras; e a predominância dos valores tradicionais da sociedade baiana sobre a separação dos papéis de gênero, em que o corpo feminino e o parto eram assuntos de mulheres (Barreto, 2008 p. 917).

É por volta da década de 20 dos anos 1800 que no Brasil começa a circular na esfera oficial do estado um discurso que impunha a necessidade de instruir as parteiras em um curso regular sob orientação de um profissional do sexo masculino. O argumento dos médicos era que a ignorância das parteiras traziam consequências de alta taxa de mortalidade dos recém-nascidos (Mott, 1999 p. 134).

Em 1832 são criadas as faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, a lei que as criou “determinou a criação do curso de Medicina e de Farmácia, exclusivos para o sexo masculino, e o de partos, para as mulheres que desejassem obter a formação e o diploma de parteira”(Mott, 1999 p.134). Neste ano também passa a vigorar a legislação que passava a exigir diploma para o exercício profissional das parteiras (Mott, 2002).

O curso de parteira das faculdades de medicina do Rio e Bahia tinham exigências de ingresso idade mínima de 16 anos, saber ler e escrever e um atestado de bons costumes. Para Mott esse perfil sugere “que se esperava alunas jovens, sem experiência prática adquirida com parteiras tradicionais (obtendo, conseqüentemente, toda formação por ensinamentos médicos), alfabetizadas, de moralidade comprovada e com recursos para poder pagar a matrícula” (Mott, 1999 p.136). Essas exigências mudaram em 1854 com uma reforma do ensino médico, e o ingresso ficou ainda mais restrito: idade de 21 anos, autorização do pai ou marido, domínio do português e de outro idioma e exames preparatórios. Entre 1879 e 1884 em nova reforma do ensino médico as exigências aumentaram para exames preparatórios de português, francês, aritmética, física, química e história natural. O conteúdo da formação que passou a ser em obstetrícia e ginecologia e aceitar homens, ao passo que os outros cursos começaram a aceitar mulheres, aumentou o conteúdo (Mott, 1999).

Houve entre 1832 e 1845 uma tentativa de Le Masson de criar uma escola particular de parteiras (Mott, 1999) esse projeto foi aprovado pela Câmara dos Deputados e pela Comissão de Saúde Pública mas foi arquivado e posteriormente negado pela faculdade de medicina do Rio de Janeiro, que tinha esse poder de veto na época. Mott analisa em detalhes tanto o projeto quanto as argumentações de recusa,

trazendo questões relevantes sobre a disputa de poder médico. Entre elas a questão de ser unicamente a faculdade de medicina que poderia conferir diploma, e o dr. Francisco Julio Xavier responsável pelo parecer argumentava que abrir essa brecha na lei “iria animar a ignorância e excitar o charlatanismo” (*apud* Mott, 1999, p.145). A autora também observa no texto de recusa do referido médico questões relativas a problematizar que o projeto permitia o ingresso de mulheres de baixa renda e até analfabetas.

Uma nota importante é que a proposta de Le Masson incluía a criação de uma maternidade no Rio de Janeiro onde seria ministrado por ele curso de parteiras, e que seria admitido somente mulheres para parir, especialmente escravizadas. Nessa época tanto no Brasil como na Europa o mais comum eram hospitais acolherem gestantes junto com outros doentes, poucos eram os lugares que separavam. Chama a atenção ser voltada especialmente para escravizadas. Me lembra as referências do obstetra Mendonça e da historiadora Del Priore que trazem vários relatos sobre partos de mulheres negras nos registros médicos. Me pergunto se é apenas uma coincidência de registros, se parece ter muitos registros porque as mulheres negras eram marcadas no discurso e as brancas não, ou se de fato os médicos atendiam mais mulheres negras. Os relatos muitos são de partos de *preta forra*.

A primeira hipótese que me ocorre é que as mulheres negras libertas dessa época poderiam ficar sem rede de apoio, sem parteiras próximas para acompanhar partos. Mott fala um pouco desse aspecto com relação as primeiras casas de maternidade, eram residências de parteiras (entendo que diplomadas) várias migraram pra o Brasil a partir de 1820 . Elas recebiam mulheres que por alguma razão não podiam parir em casa (ou não tinham casa) especialmente negras livres, escravizadas, brancas solteiras (Moot, 2002). Outra hipótese era a de que seriam de alguma forma conduzidas/obrigadas aos cuidados médicos. Mas são apenas especulações.

O médico Domingos Marinho Azevedo que propunha a criação de uma maternidade no Rio de Janeiro sugeria que as mulheres recebessem uma recompensa, já que não iriam voluntariamente, a não ser as “senhoras que mandariam as escravas”(Mott, 2002, p.200). Na segunda metade do século XIX os médicos reclamavam da falta de prática como uma limitação no avanço da obstetrícia. Uma parte não institucional mas recorrente da prática das primeiras turmas de parteiras das faculdades de medicina do Rio e Bahia (1833) era assistir partos de mulheres escravizadas em casas de conhecidos (Mott, 1999). Nas grande cidades os médicos também chegaram a abrir em meado do seculo XIX casas e saúde onde se fazia parto, onde haviam quartos para particulares e enfermarias para atendimento de pessoas escravizadas. Contavam as vezes com o serviço de alguma parteira diplomada (Mott, 2002 p.199).

Juntando essas peças parece ser que embora os discursos médicos fossem de extrema arrogância e deslegitimação das parteiras, as sociedades sentiam mais confiança nelas. E as mais vulnerabilizadas, mulheres negras escravizadas ou libertas, acabaram sendo cobaia para o “avanço da ciência”, como ocorreu em outras partes do mundo. Tal prática ainda encontra eco no racismo contemporâneo nos estudos de medicamentos.

Em 1894 é criada a primeira maternidade em São Paulo justamente para acolher mulheres pobres, e garantir a saúde dessas crianças (Mott, 2002 p.2002). Se cruzamos este dado com o fato de que nesse mesmo período há um grande incentivo de imigração branca pra substituir mão de obra negra, um discurso extremamente eugênico e racista de fortalecimento da raça e povoamento, o que configura uma política de extermínio que se manteve até hoje, a pergunta é: quem eram essas mulheres pobres? A saúde de quais crianças se estava cuidando?

Em Recife em 1840 foi criado por uma lei provincial de Pernambucano o curso Aula de Obstetrício. As aulas eram ministradas pelo Simplicio Antonio Mavignier. As restrições para entrada eram quase as mesmas do Rio e Bahia, com algumas diferença. O curso foi denunciado por ferir a lei geral que limitava às faculdades do Rio e Bahia a diplomação de parteiras. Ao longo do século XIX, a escola baiana diplomou apenas duas parteiras – Joanna Maria Vieira e Maria Leopoldina de Souza Pitanga – e validou o diploma de outras duas – Aurora das Dores Leitão e Mathilde Bertelli (Barreto, 2008). Na discussão se levantou a dificuldade das pessoas iriam estudar em ditas regiões. O médico alegava que: “As mulheres em Pernambuco, como por toda parte, dizia, queriam ser atendidas, em seus partos, por mulheres, e não por facultativos de Medicina, admitindo médicos ou cirurgiões apenas em casos extremos de grande perigo” (Mott, 1999 p. 150). O curso permaneceu embora não fosse considerado em mesmo pé que os das faculdades de medicina. O curso entrou em declínio depois da morte de seu professor Mavignier. Em 1856 e se extinguiu, a autora não sabe precisar exatamente a data. Em Recife foi aberto o curso de partos no hospital Pedro II em 1875 que formou algumas alunas entre os anos de 1876 e o 1884.

Nas primeiras décadas do século XIX, tanto os médicos nacionais quanto os estrangeiros residentes no Brasil criticaram as parteiras práticas do país, culpando-as pela alta taxa de mortalidade materno-infantil. Esse mesmo tipo de crítica vinha sendo feita de forma efetiva, há pelo menos dois séculos, na Europa. Interessados no aumento populacional a partir do século XVIII, vários países

européus criaram cursos para instrução de parteiras, pois acreditavam que esse seria o meio de evitar essas mortes. (Mott, 1999 p.154)

Mott sobre a baixa participação nos cursos do Brasil comparados a outros países europeus da mesma época:

os cursos foram criados mais pelo desejo dos médicos de acompanhar o que vinha sendo feito na Europa, do que por uma exigência da sociedade. No século XIX as parteiras práticas eram as preferidas por muitas mulheres, apesar de criticadas por médicos. Com a abertura do país para estrangeiros no início do século XIX, um certo número de parteiras diplomadas aportou nas maiores capitais do país, principalmente na Corte, antes mesmo da criação do curso de parteiras, suprindo-se assim, rapidamente, a necessidade das famílias abastadas, mais informadas sobre as modas e os costumes europeus.

A aceitação do exercício da parturição por pessoas sem formação específica pode, ainda, ser percebida nas introduções dos manuais de Medicina doméstica do século XIX, que ensinavam o leitor não profissional (homens e mulheres) a partejar. (Mott, 1999 p.155)

Em 1876 a Santa Casa da Misericórdia da Bahia autorizou a criação da enfermaria especial de partos e moléstias de mulheres no Hospital São Cristóvão, administrado pela Irmandade. A articulação entre a Santa Casa e a Faculdade de Medicina se deu a partir de reivindicações de estudantes do curso de partos da faculdade que acreditavam que ter um lugar para estudar in vivo, fazer toques etc. poderia trazer melhor aprendizado (Barreto, 2008, p.908).

contudo, a criação daquela enfermaria não atraiu as mulheres para o espaço hospitalar. Ao longo do Oitocentos, as gestantes que deram à luz no referido hospital estiveram internadas por outros motivos que não a gravidez e o parto. Na opinião do médico Custódio Moreira de Souza Júnior (1886, p.16), a enfermaria de partos do Hospital da Santa Casa era um ‘necrotério’ nada atraente para as mulheres grávidas.(Barreto , 2008 p.908)

No Rio de Janeiro em 1876 a legislação municipal obriga as casas de maternidade a terem médicos de reconhecida aptidão sob cuja ordem trabalhariam as parteiras. Em São Paulo em 1908 as parteiras foram proibidas de receber parturiente ou gestante em sua residência ou outro lugar que tivesse caráter de maternidade ou enfermaria. Os médicos desqualificavam esses “estabelecimentos, tidos como

suspeitos, locais onde a clientela era composta por mulheres de má fama e praticavam-se abortos” (Mott, 2002 p. 199)

Nos anos 1800 parteiras em geral assistiam partos nas casas das mulheres, contudo algumas parteiras, especialmente nas grandes cidades, começaram a disponibilizar em suas casas um cômodo para acolher sobretudo mulheres que não tinham casa pra parir, mãe solteiras, viúvas, migrantes do interior. Começaram a ser denunciados ao longo da segunda metade do século XIX, até serem proibidos de funcionar (Mott, 2001).

Segundo Sandra da Silva Careli (2008) o segundo conteúdo que recorrentemente era associado às parteiras nos textos jornalísticos do período de 1900 e 1930 no Rio Grande do Sul era a ligação dessas com os crimes de aborto, infanticídio e abandono de prole decorrente de questões de ordem moral: gravidez fora do casamento, incesto e infidelidade conjugal .

A Igreja Católica da idade média condenava as parteiras por estarem associadas àquelas que acompanham o parto e que também provocam abortos. Nesse momento, mesmo período da inquisição, o aborto era condenado pela Igreja como um ato contra a sacralidade do matrimônio e crime de idolatria, justamente por ser associado a práticas de outras crenças. É importante ressaltar que nesse momento a Igreja não tinha um consenso sobre o momento do início da vida, e a condenação do aborto com base nessa noção de crime contra a vida é do final do século XX (Hurst, Jane, 2000).

Esse é um tema bastante delicado, e para muitas parteiras de hoje, um verdadeiro tabu. Grande parte do movimento de parteiras tradicionais se afirma como contrárias ao aborto. Não se pode deixar de considerar o impacto que séculos de condenação das parteiras acusadas de praticar aborto, como um crime, tenha hoje sobre a decisão das mesmas de apoiar ou não mulheres nesse processo. Lógico que a fé individual de cada uma também opera.

O fato de a proibição das parteiras acompanharem as mulheres estar diretamente atrelado à condenação do aborto e a possibilidade delas realizarem o mesmo, no discurso médico e cristão, e logo na legislação, é uma nítida forma de dizer que a perseguição às parteiras está relacionada ao boicote a autonomia reprodutiva das mulheres. Hoje no movimento de socorristas em Abya Yala<sup>6</sup> fala-se de doular o aborto, um movimento que retoma o cuidado da saúde sexual e reprodutiva das mulheres com foco na autonomia.

---

6 Me refiro a redes e articulações entre grupos e entre mulheres que opera de maneira muitas vezes clandestina, às vezes com maior ou menor visibilidade, para distribuir informação sobre aborto seguro e acompanhar mulheres em suas decisões informadas.

Seria interessante do ponto de vista da discussão sobre autonomia reprodutiva, e da própria história da assistência, abordar o tema do aborto nessa tese, como e se as parteiras eram buscadas e realizavam abortos, como era a questão da maternidade para as mulheres daqui... Mas isso seria politicamente revolucionário e potencialmente desastroso para os objetivos que se quer chegar, considerando que o tema do aborto ainda é permeado de tanta dupla moral. Portanto, foi uma escolha política não adentrar nessa temática nas entrevistas.

O que sim é algo que chama atenção nos relatos tanto das parteiras como das mais velhas da região é que elas não diferenciam no discurso os abortos dos partos. Geralmente falam *tive tantos, mas vingou tantos*, ou *criei tantos* e quando vou perguntando sobre a idade gestacional da perda varia de 1 a 8 meses de gestação. *Nascer antes do tempo* para as mais velhas não é nomeado de forma diferente. Algumas chamam atenção apenas para o risco: parto de 4 meses é perigoso por conta da hemorragia, parto de 6 meses é também mais perigoso.

Na legislação de finais do século XIX, com pequenas variações nos estados, para acompanhar partos era preciso ser formada; ou ser autorizada mediante exame; ou ter um título de outro país reconhecido, todos esse trâmites realizados na instituição médica responsável. Era proibido que parteiras acompanhassem partos que exigissem manobras, que fizessem consultas ginecológicas ou que recebessem mulheres na suas casas. Em São Paulo em 1900 as seis parteiras práticas habilitadas mediante exame tinham sobrenome italiano (Mott, 2001). Esse é um dado importante, pois a documentação exigida para o exame era inacessível para a maior parte das mulheres da época. E também porque é uma discussão que permeia o movimento de parteiras até hoje, sobre a profissionalização.

No final de 1800 e início de 1900 a literatura médica seguia criticando as parteiras por ignorantes especialmente no tocante a higiene, prática de manobras de forma incorreta e uso inadequado de medicamentos. Segundo Mott (2001) o alvo das críticas recaía sobre as brasileiras de origem africana e também sobre imigrantes.

A partir do início do século XX há uma grande adesão dos médicos a nível mundial com relação ao entendimento da transmissão de doenças por bactérias. O discurso médico da higiene desmoralizava as parteiras, contudo em hospitais e maternidades onde os partos eram realizados por médicos tanto em países como Inglaterra, como na maternidade de São Paulo, a taxa de febre puerperal nas mulheres era muito alta, levando essas maternidades a enviarem mulheres e crianças de volta para suas casas (Mott, 2001). Na Inglaterra está documentado que a parteiras tinham a prática de lavagem das mãos antes mesmo de isso ser regra para os médicos (Mott, 2001).

Não eram apenas os médicos que entravam nessas afirmações, algumas parteiras formadas também passam a defender maior rigor na formação, como a Mme. Durocher que foi a primeira parteira formada no Brasil em 1833, francesa, branca, ela veio ainda jovem para o Rio de Janeiro com a mãe. Foi parteira por 60 anos. Em 1871 ela apresenta um trabalho na Imperial Academia de Medicina: “deve ou não haver parteiras?” E defende que um curso mais demorado resultaria num número menor de parteiras porem mais confiáveis:

para destruir o preconceito contra médicos, preconceitos sustentados por estas comadres ignorantes e parteiras charlatãs” (1871, p.293). Mme. Durocher destaca uma outra razão para se fornecer melhor instrução às parteiras: acreditava que haveria maior respeito e consideração pela profissão, o que dará o pão a muitas viúvas de médicos, de farmacêuticos e outras que não se matriculam, **para não serem confundidas com aquelas que até hoje têm-se matriculado**, com honrosa exceção à parte (Mott 1999 p.135, grifos meus)

Quem eram aquelas que essas não desejam ser comparadas?

Um debate interessante nesse mesmo documento de Durocher é quando ela explica o porque da necessidade de maior tempo:

A mulher que acaba de largar a agulha, o ferro de engomar, a panela, a frigideira ou qualquer utensílio da vida doméstica, vai ouvir por espaço de dois anos o professor falar de partos, em termos para ela completamente desconhecidos, como cartilagens, tendões, sinóvia, membrana serosa, mucosa, parênquima, articulação úmero-cubital, fontanela bregmática, etc., etc., circulação útero-placentária, descrição de embriologia; não percebe nem pintada, mas que importa? O fim principal não é perceber, é decorar, e para isso basta ter a inteligência um grau acima da de um papagaio, para decorar mais ou menos bem o que ouviu por espaço de dois anos. (Durocher, 1871, p.292 *apud* Mott, 1999 p.135)

Toda formação acadêmica envolve um letramento naquela área, considerando que a ciência se construiu com uma linguagem própria e muito distante da linguagem comum, de fato aprender medicina é aprender outro idioma. Por exemplo, eu estou escrevendo aqui numa linguagem muito diferente da que eu falaria com uma parteira pra contar essa história. E ainda assim, também sei que falo em uma linguagem que talvez não seria aceita por algumas/alguns avaliadores mais rígidos do “rigor científico”.

Agora imagina a profissionalização das parteiras se disso dependesse elas aprenderem esse outro letramento? Seria uma formatação de saber típico da monocultura.

A cultura do nascimento na capital baiana permaneceu restrita ao espaço doméstico, enraizada na rede de solidariedade feminina protagonizada por vizinhas, mães, tias, madrinhas e pela parteira de confiança. As práticas obstétricas que rapidamente se difundiam no mundo acadêmico, pautadas na obstetrícia – ramo especializado da medicina –, não fizeram eco entre as mulheres baianas, em especial parteiras e parturientes, e não proporcionaram mudanças nos tradicionais ritos do parto. (Barreto, 2008 p.910)

Em 1886 o Decreto 9554 “proibia o tratamento das moléstias de mulheres e das crianças, os anúncios de consultas ginecológicas, receitar, salvo de medicamentos conhecidos, para prevenir acidentes graves” (Brasil, 1886 *apud* Mott, 2001 p.46).

Com o advento da República foi constituído pelo Governo Provisório, o Conselho de Saúde Pública, reorganizado o Serviço Sanitário e elaborado um novo Código Penal, que definia como crime o exercício da medicina em qualquer um dos seus ramos sem a habilitação determinada pelas leis e regulamentos. (Mott, 2001 p. 46)

Em 8 de fevereiro de 1915 uma parteira leiga foi absolvida da acusação de morte de um feto. O supremo tribunal de São Paulo a inocentou por ela não cobrar nem tirar o sustento da parteria. Isso indignou um médico que publicou nos anais paulistas de medicina e cirurgia falando que as parteiras leigas deveriam ser punidas pois colocavam em risco bebês e mães, com argumentos de que eram ignorantes (Mott, 2001).

Mott argumenta que a incapacidade das parteiras ou a destituição delas não era consenso entre médicos da época (início do século XX) e cita um artigo da revista de ginecologia e obstetrícia:

Todas se declaram protegidas por esse ou por aquele médico e a gente pasma, quando ouve os nomes de colega, acima de toda a suspeita, como protetores de tais mulheres”. Se tomarmos ao pé da letra uma frase do artigo poderíamos acrescentar que no Brasil, nem mesmo entre os médicos, a presença desse profissional era vista como necessária no parto. Lê-se no artigo da revista acima citada: “em geral os médicos que não se ocupam de partos, acham que em se

tratando de ato fisiológico, normal, toda pessoa serve e argumentam dizendo que os animais não precisam de parteiros. (Mott, 2001 p.50)

A autora pergunta:

Qual então o papel, o lugar das parteiras na sociedade paulista nas primeiras décadas do século? Como se viu, a legislação restringiu seu papel ao parto normal, reforçou sua posição subalterna aos médicos, bem como limitou sua atuação. (Mott, 2001 p.50)

Em 1902 é criada a primeira escola de formação de parteira em São Paulo na escola livre de farmácia (Mott, 2001 p.50). O curso se extinguiu em 1911, tendo formado 17 parteiras. Em 1912 se criou um novo curso Escola de Parteiras da Maternidade de São Paulo. Um dos argumentos de criação do curso dita na sua inauguração pelo médico Sílvio Maia era de que a maternidade estava atendendo em média 60 partos mensais o que possibilitaria um bom aprendizado pras alunas (Mott, 2001, p.51). Era requisito pra entrar nesse curso exame de português ou haver prestado exame final nos ginásios oficiais, uma língua estrangeira e noções de anatomia e fisiologia, pagamento de taxa, atestado de boa conduta, atestado de vacina e de não sofrer moléstias infectocontagiosas. Era um curso pago. Na época existiam outras formações de parteiras práticas em São Paulo. A autora sugere que já a princípios do século XX se podia ver a associação entre parteiras e enfermeiras, sendo que começa a existir a expectativa de que parteira fosse também enfermeira.

Ao mesmo tempo que os cursos excluía as mulheres escravizadas, era principalmente sobre o corpo dessas mulheres (das parturientes escravas, negras livres e pobres) que as alunas do curso de parteiras e os alunos de Medicina adquiriram a sua prática. (Mott, 1999 p.136)

Na Paraíba é em 1920 que se cria a primeira maternidade, Refúgio Maternal, contendo 17 leitos. Em 1924 é criado o curso de parteira nessa maternidade, curso ministrado por médicos. As/os/es bebês nascidos eram anotados e batizados. As pessoas ricas levavam seus padrinhos e madrinhas que já eram registradas, as pessoas pobres não levavam e quem era padrinho ou madrinha era o diretor do instituto e as parteiras que trabalhavam na maternidade. Em 1932 inicia o curso de enfermagem na capital paraibana, onde tinha noções e práticas de obstetrícia. As primeiras obstetras mulheres de Recife se formaram em 1934. Em 1949 houve um curso de obstetras na maternidade Cândida Vargas, com duração de um ano. Ainda na Paraíba, foi entre 1953 e 1960 que se instalaram as primeiras escolas de enfermagem, onde foram ministrados cursos de enfermagem obstétrica (Mendonça, 2002).

Dr. Edgard Braga, que na década de 30 [de 1900] foi chefe do Serviço de Pré-Natal da Inspetoria de Higiene e Assistência à Infância em São Paulo, verificou a partir de pesquisa feita em 18 mil fichas de gestantes atendidas pela instituição no decorrer de oito anos, que 85% foram atendidas por curiosas, 10% por parteiras diplomadas e 5% em hospitais e maternidades. (Braga, 1937 *apud* Mott, 2001 p. 53)

Ou seja, segundo esses dados, ainda na década de 30 a maior parte dos partos se dava por parteiras não diplomadas. Segundo Mott é em 1930 que o hospital passa a ser indicado com mais ênfase na literatura médica como lugar ideal e seguro para as mulheres parirem (MOTT, 2002).

Fabiola Rohden e Del priori, e de alguma forma Mott em suas leituras históricas apontam para uma tendência nos discursos científico/médico e religioso, iniciada no século XVI e continuada no século XIX e XX, de uma sobrevalorização da maternidade e da função social da mulher como mãe, *parir para a nação, povoar a terra de bons frutos!* A pergunta que fica: as autoras abordam a história das mulheres como única (Adichie, Chimamanda Ngozi, 2019), será que essa política de maternidade compulsória e doméstica era apenas para as mulheres brancas? Como era a política de maternidade sobre as negras? E sobre as indígenas?

Vendo o documentário *Avá-Canoeiro - A Teia do Povo Invisível*, sobre os/as Avá Canoeiro, um dos povos habitantes das terras que hoje compõem o município de Cavalcante, um dos relatos mais fortes é de uma das mulheres contando as técnicas de aborto aprendidas para que não nascessem crianças já que era demasiado perigoso ser encontrada/vista pelos brancos com uma criança. Quando elas nasciam todo o cuidado era voltado para elas não chorarem de dia, peito na boca o dia todo, para não fazer barulho. Guarda a memória das Avá Canoeiro que só se acendia fogo a noite para não serem vistas. Me parece muito óbvio que para as mulheres Avá Canoeiro não existia uma compulsoriedade da maternidade. Essas memórias coincidem com séculos XIX e XX quando houve o grande povoamento do Goiás, e considerando que o povo Avá foi capturado já no início do século XX. Portanto essa vivência de maternidade é do mesmo tempo histórico do que a relatada pelas autoras citadas.

Segundo Maria Maurília Queiroga a capacidade reprodutiva das mulheres negras foi superexplorada pelos homens brancos. Elas vivenciaram a obrigatoriedade da maternidade não de seus filhos, mas do filhos dos outros, amamentar uma criança em detrimento da sua própria. É preciso lembrar que as mulheres negras escravizadas eram divididas em diferentes funções, mas em geral seu valor para o senhor branco estava justamente em render mais mão de obra ou mais lucro já que muitos

comercializavam os filhos das mulheres negras. Com a proibição do tráfico negreiro (1831) até a implementação da lei do ventre livre (1871), houve um aumento da exploração da força reprodutiva das mulheres negras (Lívia Lucas, 2021). Uma memória de muita dor de parir filhos para serem escravizados por outros, já tão narrada por mulheres negras. Muitas, como recusa de parir crianças que sofreriam as duras penas da escravidão, optavam pelo aborto.

Na década de 20 os médicos não tinham consenso ainda sobre a questão do lugar para a realização do parto, alguns argumentavam que apenas os partos com complicações ou no caso de a gestante não ter uma casa com condições adequadas deveria ser no hospital, outros argumentavam que mesmo em casos de complicação era melhor o parto domiciliar, e alguns argumentavam que os partos deveriam ocorrer todos no hospital. A questão do tempo que o médico poderia dispor para atender uma mulher era colocado como um limitante, e alguns estimulavam o cuidado de enfermeiras treinadas (Mott, 2002).

Na entrada do novo século, começaram a aparecer nos jornais matérias alusivas à situação da mortalidade infantil nos países ditos civilizados e o esboço da situação nacional com ênfase nas causas alimentares e no despreparo materno como explicativos da mortalidade infantil no Brasil.

(...) se num primeiro momento as mães e as condições sanitárias foram os alvos privilegiados da arguição dos articulistas frente à opinião pública no Rio Grande do Sul, nos anos 1920, a veiculação da temática da mortalidade infantil se viu acrescida nos periódicos regionais com a inclusão das parteiras como fatores de risco à integridade física dos fetos.( Careli, 2008 p.8)

Em 1901 o Dr. Jaime Silvado junto com Dra Antonieta Morpurgo e Dr. Oliveria Mota, criou no Dispensario Moncovo Filho no Rio de Janeiro o que é considerado o primeiro serviço de atendimento obstétrico domiciliar no Brasil. Fazia-se uma seleção e a parteira inspecionava a habitação. A parteira seria encarregada dos partos normais, havendo distocia o médico deveria ser chamado, e em casos graves a mulher deveria ser removida. O serviço funcionou durante 20 anos tendo atendido 492 casos com uma taxa de mortalidade materna de 0,64%, 2,56% de mortalidade fetal e 1,2% de infecção puerperal. Sendo que nos 6 primeiros foram realizado 50 partos, 40 por parteiras e centro de saúde funcionava um dispensário materna, dirigido pelo médico, onde uma auxiliar fazia o exame pré-natal e preenchia uma ficha com os dados da parturiente, que era aconselhada a retornar mensalmente, sendo a última consulta realizada três semanas antes do parto. Nesse exame era determinado se a paciente tinha possibilidade de

ter um parto espontâneo, caso fosse concluída a inexistência de distocia previsível dava-se a autorização para a parteira leiga realizar o parto. Caso contrario, recebia os cuidados médicos ou era encaminhada para os serviços de maternidade existentes na cidade, de 30 a 40 dias após o parto a parturiente deveria voltar para fazer avaliação pós-parto e para registrar a criança (Mott, 2002b).

Até 1936 foram criados no Rio de Janeiro serviços semelhantes. Segundo Mott nos anos 30, 40 e 50 alguns médicos se destacaram na defesa do estabelecimento de serviço domiciliar para mulheres pobres, como o Dr. Clovis Correa Costa. De um projeto piloto seu foram 148 casos não havendo nenhuma infecção ou feto morto durante o parto. Projeto semelhante foi desenvolvido em Salvador pelo Dr. Adeodato Filho em 1947. Contudo uma diferença muda todo o sentido do projeto: eram os médicos que atendiam a domicílio e um dos objetivos era justamente o combate ao exercício das parteiras leigas. Um dado importante é que contrariando as expectativas a infecção puerperal foi bastante baixa e os custos foram menores do que se parto tivesse ocorrido em hospital (Mott, 2002b).

Embora essas experiências tivessem sido positivas, aumentava o discurso e ideário de que o parto em maternidade era uma questão de “desenvolvimento social e cultural dos povos civilizados” (comunicação feita no primeiro congresso de hospitais 1955 *apud* Mott, 2002b p.214). Esse era o discurso entre os médicos, segundo Mott entre as mulheres não havia unanimidade e alguns relatos de médicos apontam para que alguns grupos sociais preferiam ser atendidas em casa por mulheres.

Tais estudos tratam dos conflitos estabelecidos entre parteiras e médicos, e desmontam o discurso oficial apoiado na oposição ideológica entre saber e ignorância. Os cirurgiões e, em seguida, os médicos, ao tratarem a gravidez e o parto como patologias a serem por eles administradas, construíram a base ideológica que justificou o ingresso desses profissionais no mundo de práticas e saberes eminentemente femininos. O argumento principal era o conhecimento científico dos movimentos e das funções do corpo feminino, bem como a capacidade técnica para aplicar manobras obstétricas, instrumentos e medicamentos auxiliares do parto. (Arney, 1982; Vidal, Tomás, 2001; Ortiz, 1993; Dahl, 2001; Carneiro, 2005 *apud* Barreto, 2008 p. 902)

A construção do Brasil como nação foi permeada pela disputa entre o mundo civilizado e o mundo bárbaro, ou melhor, pela tentativa da elite branca se igualar ao “mundo branco” (europeu) a partir do distanciamento e subordinação, quando não expurgo e aniquilação, do mundo bárbaro representado principalmente pelas culturas e pelos povos negros e indígenas, mas também por outros grupos que

representavam esse mundo incivilizado como ciganxs, homossexuais, lésbicas, trans, mulheres brancas que não seguiam os bons modos. A medicina teve um papel marcante nesse processo, tendo ela mesma se firmado a partir do distanciamento e oposição a sabedoria popular, e tendo concretamente oferecido discursos científicos que justificavam as ações políticas de eugenia e racismo (Rohden, 2003 p.37). Esse processo não durou apenas as décadas que se seguiram a abolição da escravidão, foi reinventada todas as vezes que houve um nacionalismo crescente, como no Estado Novo (Rohden, 2003) e no contexto político dos últimos anos (desde 2016 até 2022).

A construção de um modelo de família acompanha a história dos nacionalismos em quase todos os países. No Brasil os debates em torno do aborto nas décadas próximas ao Estado Novo, por parte de médicos e juristas, constantemente mencionavam a importância de povoar o território e de construir a nova civilização (Rohden, 2003). Neste contexto as teses defendidas por juristas e médicos, muitas delas com um teor eugênico, seguiam a política de imposição do modelo de família burguesa como desenvolvimento civilizatório, algo que ocorreu em outras partes de Abya Yala (Castelnuovo Biraben, Natalia, 2006).

A abordagem de Rohden é ao meu ver um tanto limitada, pois a mesma trata a mulher como universal e faz sua leitura das transformações na forma como o Estado gerencia a reprodução centrada numa história branca, sem contudo nomeá-lo como tal. Por exemplo, quando aponta uma mudança nos discursos e práticas da medicina e do Estado quando “a mulher” começa a trabalhar fora e lutar por direitos. Provavelmente existe sim uma normatização no campo legal e médico do corpo da mulher branca que se relaciona diretamente com esses fatores, mas não podemos esquecer que mulheres negras sempre trabalharam “fora de casa” e lutaram por seus direitos. Aí fica a pergunta: como o Estado e a medicina se relacionava com a mulher negra e indígena na construção da nação no século XX?

Algumas pistas com relação ao caráter eugênico, embranquecedor e assimilacionista da construção dessa nação já nos mostra que a normatização da maternidade e o controle da reprodução de mulheres negras e indígenas se deu de forma completamente diferente. E várias perguntas surgem sobre essa história, como, por exemplo, tem sido um consenso entre algumas historiografias, em particular as que abordam reprodução, que no final do século XIX e sobretudo início do XX haviam vários discursos entre médicos e juristas sobre a missão cidadã de povoar o país, sobre a relação entre prosperidade e abundância de crianças, sobre o crescimento econômico do país atrelado ao crescimento populacional, onde o corpo da mulher passa a ser visto como um meio para esse fim.

Entre 1930 e 1960 um dos principais argumentos de médicos para abdicar a exclusiva capacidade de assistir partos era que a fisiologia das mulheres estava cada vez mais sendo alterada pela civilização, e portanto, intervenções para corrigir essas alterações seriam mais e mais necessárias, e que só os médicos, pela ciência, saberiam lidar com elas (Silva, Fernanda; Nucci, Marina; Rodrigues Nakano, Andreza; Teixeira, 2019).

Inspirada nas práticas dos médicos europeus (Martins, 2004), essa nova obstetrícia tinha como duplo intuito abolir a dor e encurtar a duração do trabalho de parto – considerado por Armindo Sarmiento (1940) como “dois problemas magnos da obstetrícia” – tornando o parto menos “traumatizante” para a mulher. (Silva et al. 2019 p. 176)

Ainda nesse período havia o esforço médico de se diferenciar das parteiras e desqualificar o trabalho delas:

Partejar é rotina, empirismo e ignorancia [...]. Parteja-se principalmente para livrar a mulher do transe, para livrar-se prontamente do caso ou, ao contrario, para não perder o caso. Conduz-se para um ideal e este ideal é o parto que eu denominei leve e que defino como ‘o processo cuja evolução tem lugar em condições ótimas de assepsia, de dinamica e mecanica, com um rapido começo, sem gasto inutil de energia, do modo mais facil, com o esforço apenas necessario, o minimo trauma, a minima fadiga, o minimo sofrimento num lapso rasoavelmente breve e com um resultado imediato e ulterior de perfeita saude para a mãe e do filho. (Beruti, 1941, p. 143 apud Silva et al 2019 p. 179/180)

Não podemos esquecer das políticas de esterilização sem consentimento de mulheres negras que foi prática na assistência a saúde pública até pelo menos a década de 90.

No século XX os movimentos de médicos higienistas e saneamento a todas as partes do Brasil, rural e urbano, reformas sanitárias trouxeram uma nova definição de saúde e doença (Rohden, 2003 p.42).

A medicalização do parto no Brasil se deu, inicialmente, por meio do atendimento a escravas, mães solteiras, prostitutas e mulheres pobres. Poderíamos chamar a motivação de “utilitarista”, no sentido de que essa parcela de mulheres serviu de cobaia aos praticantes dos cursos de medicina, contribuindo assim para o êxito da prática obstétrica. Havia também uma

motivação dada por sentimentos humanistas de filantropia e caridade no cuidado com a saúde dos pobres. (Palharini, Luciana Aparecida; Figueirôa, Silvia Fernanda de Mendonça, 2018 p. 1042)

No campo da assistência ao parto como em outros do cuidado com o corpo a especialização e profissionalização foi se tornando regra.

O século XIX foi marcado por inúmeras transformações. A prática das parteiras cedeu lugar a uma obstetrícia científica que transformou a gravidez e o parto em experiências palpáveis e, logo, passíveis de mensuração e de controle. (Freitas, Patrícia de, 2008 p.180)

Muitas leituras dessa história, como no exemplo acima, narram a histórica como se fosse única (Adichie, 2014), tomando o hegemônico como universal, ainda que vez ou outra alguns dados estatísticos sejam apresentados dizendo que a maior parte das mulheres não era atendidas pelo sistema dominante até pelo menos a segunda metade do século XX. Em 1922 no Rio de Janeiro Dr. Arnaldo Moraes informa que 85,2% dos partos eram realizados por curiosas e 14,8% por parteiras diplomadas e médicos (Mott, 2002b). Segue um resumo dos caminhos que a profissionalização não médica da assistência ao parto tomou no Brasil:

A denominação de enfermeira especializada para a parteira começou a ser usada nos anos de 1920 e a de obstetrix apareceu pela primeira vez como o título conferido às formadas no Curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, entre 1922 e 1925. Em 1955, reapareceu em texto legal que regulamentava o exercício da enfermagem profissional e distinguia a obstetrix das demais categorias, ou seja, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, parteira, enfermeiro prático ou prático de enfermagem e parteira prática. (Riesco, Maria Luiza Gonzalez, Tsunehiro, Maria Alice, 2002 p.450) A associação do trabalho da parteira e da enfermeira foi sendo cogitada já no final do século XIX, quando médicos brasileiros passaram a propor a formação profissional de parteiras que fossem também enfermeiras. A partir de 1949, as modificações, que já vinham ocorrendo na prática, acabaram sendo incorporadas à legislação. As escolas de enfermagem passaram, oficialmente, a formar enfermeiras obstétricas. A portadora de diploma de enfermeira podia frequentar o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e, ao final de um ano, receber o certificado de

enfermeira obstétrica. A partir de 1972, coube exclusivamente às escolas de enfermagem a formação profissional da enfermeira obstétrica ou obstetriz, como única via para a capacitação formal de não-médicos para assistência ao nascimento e ao parto normal. Em 1994, o currículo mínimo de enfermagem foi modificado e as habilitações foram extintas. Sendo necessária uma especialização a nível de pós-graduação para não-médicos prestarem assistência ao parto.

Com a reforma sanitária no Brasil Desde 1999 [até 2002, data do artigo], o Ministério da Saúde vem financiando cursos de especialização em enfermagem obstétrica, mediante convênios firmados com universidades e secretarias de saúde em todo o país. Estes cursos são de carga horária reduzida, com no máximo 600 horas, com enfoque no ensino da assistência no pré-natal e no parto. Essa iniciativa constitui-se em um marco nacional no projeto de capacitação de enfermeiras para a assistência materna e perinatal, e em três anos aproximadamente 1.090 enfermeiras foram especializadas por esses cursos, com a grande maioria delas inserida em projetos locais de maternidades, centros de parto normal e programas de saúde da família. (Riesco, Maria Luiza Gonzalez; Tsunechiro, Maria Alice, 2002 p. 456)

O que posso perceber do rumo que institucionalização da assistência ao parto no Brasil é que embora a finais do século XIX e princípio do século XX tenham havido intentos pontuais de profissionalização de parteiras, o que predominou, sobretudo a partir da segunda metade do século XX foi a junção enfermeira+parteira autorizadas a atender partos de menor risco, e médicos como únicos autorizados para partos complicados. Não foi foco dessa contextualização fazer uma comparação com outras nações, mas é importante lembrar e marcar que esse não é um caminho automático, nem foi o único tomado em todo o mundo, nem sequer os ditos países desenvolvidos que a elite brasileira sempre quis imitar. Alguns países como Inglaterra e Holanda, por exemplo, mantiveram uma política de assistência domiciliar ao parto, e formação de parteiras, independente de uma formação em enfermagem. Também é importante notar que no Brasil houve/há uma intensa disputa para que o parto se restrinja a área médica. A pergunta de porque no Brasil não houve uma profissionalização da parteria é algo que me inquieta, mas que não foi respondido por essa pesquisa.

A nível internacional, desde 1995 organizações profissionais, entidades que representam obstetrias e enfermeiras obstétricas – Confederação Internacional de Obstetrias (International

Confederation of Midwives – ICM) e Conselho Internacional de Enfermeiras (International Council of Nurses –ICN) aliadas com algumas metas estabelecidas pela OMS no projeto Safe Motherhood estabeleceram as seguintes definições de profissionais não-médicas ligadas à assistência ao parto:

**Obstetrix (Midwife):** pessoa que, tendo sido regularmente admitida em programa educacional de obstetrícia, legalmente reconhecido no respectivo país, concluiu e foi aprovada no programa de estudos de obstetrícia e adquiriu os requisitos de qualificação para ser registrada ou legalmente licenciada para exercer a obstetrícia. A definição corresponde à adotada pela ICM e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), considerada uma das mais amplamente aceitas em nível internacional.

**Enfermeira obstétrica (Nurse Midwife):** pessoa que é legalmente licenciada ou registrada para exercer todas as atribuições de enfermeira e de obstetrix em seu país. A qualificação em obstetrícia pode ser obtida prévia ou posteriormente à qualificação em enfermagem ou como uma combinação dos ensinamentos de enfermagem e obstetrícia. Essa é a definição seguida pelo ICN.

**Auxiliar de obstetrix (Auxiliary Midwife):** pessoa que recebeu algum treinamento formal em obstetrícia e atua sob critérios e supervisão direta ou indireta da obstetrix. O período de formação pode variar de um a dois anos. Em alguns casos, a pessoa pode ter recebido qualificação como auxiliar de enfermagem; em outros, ensino que combina enfermagem e obstetrícia. Auxiliares de obstetrícia podem ou não ser licenciadas. Elas podem receber o título de obstetrix rural, assistente de obstetrix, etc.

**Parteira tradicional (Traditional Birth Attendant):** pessoa que assiste a mãe durante o parto e que, inicialmente, adquiriu habilidades no atendimento solitário da parturiente ou como aprendiz de outra parteira tradicional. A parteira tradicional recebe um breve curso de treinamento em algum serviço de saúde atualizado para aprimorar seus conhecimentos. O período de treinamento costuma não se estender além de um mês, embora possa se alongar por mais tempo. Podem ser conhecidas como parteiras leigas, etc. (Riesco; Tsunehiro, 2002)

Até pouco tempo atrás, as parteiras eram apresentadas como mulheres sujas, sem qualificação, abortadeiras, feiticeiras, alcoviteiras, entre outros adjetivos pejorativos (Nava, 2003; Magalhães, 1922; Santos Filho, 1991; Aragão, 1923). Nos anos 70 e 80, a história das mulheres, especialmente as análises feministas, inverteu a imagem negativa associada às parteiras ao mostrar que o parto realizado no espaço doméstico, conduzido pela comadre, com a ajuda de outras mulheres, não provocou tantas mortes, nem foi tão nocivo à sociedade, como fizeram crer os médicos. (Barreto, 2008, p.902)

Mott aponta que esse movimento de valorização das parteiras se deu nos anos 70 em alguns países como Inglaterra, Estados Unidos, França Holanda e Itália e no Brasil esse mesmo movimento aconteceria nos anos 90, isoladamente.

A relação do Estado brasileiro com as parteiras tradicionais nas últimas décadas passou por um reconhecimento das mesmas por um lado, e por outro uma busca por capacitação. Desde 1943, a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), que posteriormente foi incorporada à Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, iniciou o treinamento e a supervisão de parteiras tradicionais na região Amazônica, estendendo sua atuação aos estados de Minas Gerais, Espírito Santo (Vale do Rio Doce) e, posteriormente, ao Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 1994c). Entre os anos 60 e 80 também existiram parcerias entre universidades e parteiras tradicionais, como em Recife e Ceará. Também no Pará desde os anos 60 tem registro de ações dos municípios. Em 1984 é criado

o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do Ministério da Saúde, que introduziu um novo enfoque nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, centrado na integralidade e equidade das ações e com ênfase na função educativa dos serviços, para promover mais conhecimento da mulher sobre o seu próprio corpo, sua saúde e sua sexualidade. (Brasil, 2010 p. 23)

O PAISM abordava a questão das parteiras tradicionais.

Em 1985, surgiu um novo documento de referência nacional intitulado Diretrizes para Atuação da Parteira Tradicional, que foi desenvolvido nos estados com ações de cadastramento, capacitação e supervisão em áreas de periferia urbana e área rural. (Brasil 2010, p. 23)

Em 1991, o Ministério da Saúde por meio da Fundação Nacional de Saúde, em parceria com ONGs, com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), com o Unicef e outras entidades, elaborou o Programa Nacional de Parteiras Tradicionais.

Em 1994, a Coordenação Materno-Infantil do Ministério da Saúde propôs um conjunto de diretrizes básicas de assistência ao parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais e elaborou três manuais: Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais (BRASIL, 1994c), que contém as diretrizes preconizadas para tal assistência; Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais – Módulos das Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (BRASIL, 1994b), para apoiar a capacitação das

parteiras tradicionais; e Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais – Manual para Monitores e Supervisores (BRASIL, 1994a), para apoiar a capacitação e a sensibilização dos profissionais de saúde (Brasil, 2010).

A Partir de 2000 o Ministério da Saúde adotou várias medidas para melhorar a atenção à gestação, ao parto, ao nascimento e ao puerpério. Entre essas medidas está o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais. Um dos seus objetivos é/foi: sensibilizar gestores e profissionais de saúde para que reconheçam as parteiras como parceiras na atenção à saúde da comunidade e desenvolvam ações para valorizar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao SUS, inserindo-o entre as estratégias do Ministério da Saúde para a redução da morbimortalidade materna e neonatal (Brasil, 2010 p.11).

Em 2010:

O Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades a atenção integral à saúde da mulher e da criança. No que se relaciona particularmente à melhoria da assistência obstétrica – com vistas à redução da morbimortalidade materna e neonatal e à ampliação do acesso, da qualificação e da humanização da atenção pré-natal, ao parto, ao nascimento, ao puerpério, ao recém-nascido e à situação de abortamento – o Ministério vem desenvolvendo um conjunto de estratégias, incluindo-se entre elas a melhoria da atenção ao parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais. (Brasil 2010, p. 21)

De 1943 a 2010 o teor desses programas não alterou muito: reconhecer as parteiras, capacitar elas segundo critérios biomédicos, incluir elas na assistência oficial de saúde. Uma das estratégias do programa foi “instrumentalizar as parteiras no uso de objetos e tecnologias biomédicas para apoiar seu trabalho”(Gusman, Christine Ranier; Viana, Ana Paula de Andrade Lima; Miranda, Margarida Araújo Barbosa; Pedrosa, Mayane Vilela; Villela, Wilza Vieira, 2015, p.37). É muito importante lembrar nessa história que a princípios da atenção ao parto por médicos a morte por infecção era absurdamente maior nas maternidades. Isso é importante porque parece que houve uma grande inversão das coisas quando nos dias atuais “se capacita” as parteiras para prevenir infecção, quando historicamente não foi esse tipo de assistência que trouxe mais mortes maternas por essa causa. Na Inglaterra em 1878 parir com um médico em estabelecimento tipo hospital representava um aumento de 6 vezes no risco de morrer em comparação com o parto com parteira (Osawa, Riesco, Tsunechiro, 2006, *apud* Palharini; Figueirôa, 2018).

Na oficina com parteiras kalunga que participei como ouvinte no início de 2018 houve um momento em que foi trazido a questão do kit parteira fornecido pelo Ministério da Saúde via Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais ou via Rede Cegonha. A facilitadora ia mostrando os itens da bolsa e perguntando se elas tinham usado e o que acharam do material (elas haviam recebido anos antes). As parteiras visivelmente não tinham se apropriado daquele material, com exceção da luva, essa sim utilizada quando disponível.

Percebe-se que ainda que o programa tenha como objetivo último a integração das parteiras no SUS ou pelo menos a cooperação entre SUS e as parteiras, o que foi dado na prática foi uma tentativa de “formatar” as parteiras, que tem como pressuposto que salvar vidas significa usar tecnologias biomédicas.

Embora um dos objetivos do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais fosse a sensibilização e capacitação de profissionais e gestoras/es da saúde para um trabalho integrado com as parteiras, uma das poucas análises que foi feita sobre a implementação do programa no Tocantins aponta para uma baixa participação de gestores o que significou a dificuldade de pactuações para apoiar o trabalho das parteiras (Gusman, Christine et al. 2015).

Durante este histórico é possível perceber que embora a assistência ao parto no modelo biomédico institucionalizado tenha alcançado a maior parte da população há pouquíssimo tempo, ou seja, faz poucas décadas que a maioria das mulheres no Brasil é assistida dentro desse modelo, o discurso hegemônico, ou seja, aquele que se legitima, é de que essa é a assistência desejável. Quando olhamos para os diversos artigos e políticas sobre as parteiras vemos que sua “necessidade” está atrelada a uma desigualdade econômica, ao não acesso de mulheres ao sistema oficial de saúde. Mais uma vez é reforçada a monocultura: o objetivo é todas chegarem a assistência biomédica, meta civilizatória. A parteira é “um mau(ou um bem) necessário enquanto...” transitório. O próprio programa Trabalhando com Parteiras no Brasil coloca a pobreza e desigualdade como uma situação que justifica a política.

Você sabe como sua mãe nasceu?

Não, mas deve ser sido a mãe da minha vó, com certeza, que era todo mundo parteira.

Sua mãe não contou detalhes?

Não. Mas com certeza foi um nascimento muito ... como é que fala mesmo... pobre, na roça, só com a ajuda da parteira mesmo. (moradora da Capela, 55 anos, 4 filhas, 3 nascidas em hospital, 1 nascida em casa “sem querer”)

Esse ideal de que parteira é signo de pobreza não ficou restrito a documentos oficiais, está bastante presente no imaginário das pessoas, como relatado acima, veja que ela pensou, buscou a palavra e não foi outra que veio, porque (na minha interpretação) é essa a palavra associada.

O documento do Ministério da Saúde (2010) faz um panorama sobre a assistência ao parto e a assistência a saúde com relação a divisão por região, mostrando como as regiões norte e nordeste tinham menos médicos atuantes e um menor alcance da rede pública de saúde. Mostra como lugares mais isolados geograficamente tem às vezes 100% dos partos atendidos por parteiras. Embora não esteja escrito isso diretamente, o texto leva a entender que as parteiras atendem mais onde “não chegam os médicos, ou a assistência pública em saúde” (Brasil,2010).

Essa ideia é tão forte que em vários momentos aqui em Cavalcante eu escutei de mulheres sobre a oportunidade de fazer uma cesárea eletiva como um privilégio alcançado, algo que marca um “subir na vida”, um pertencimento a outra classe social. Em diversos discursos o parto domiciliar assistido por parteira é associado a uma condição de pobreza, e o parto hospitalar é algo como ascender na estratificação social. Se não o parto hospitalar, o parto domiciliar atendido por profissional da saúde. E aí surge a inquietação sobre autonomia e poder de escolha da mulher: que escolha é essa, quando um parto assistido por parteira traz um tanto de expressões negativas enraizadas?

Nesse contexto de institucionalização do parto, de uso abusivo de práticas intervencionistas e cirúrgicas e de afirmação da ciência como o modo socialmente dominante de produção de verdades, o trabalho realizado pelas parteiras tradicionais passa a ser considerado como uma espécie de trabalho inferior, associado à pobreza e à ignorância e passa a ser exercido de forma marginal e “clandestina” (Bessa,1997 *apud* Brasil 2010, p. 28)

Por outro lado, mulheres da elite ou mulheres brancas das classes médias, tem uma facilidade muito maior de “escolher” ser acompanhada por parteira tradicional porque isso não vai significar descenso no status social. No máximo elas serão duramente criticadas por seus pares, ou idolatradas pela “coragem”. Mas seu status social não é ameaçado, embora elas possam ser punidas, essa ameaçada é reduzida pela questão do privilégio. Na minha experiência de acompanhar partos ou conversar com mulheres gestantes é nítido como é muito maior a inquietação com medo às perseguições pela decisão de ter parto domiciliar assistido por parteira em mulheres de classes baixas e negras de qualquer classe, do que em mulheres brancas, especialmente de classes altas.

Então o que vemos enquanto política de Estado que foi desenhado é esse trabalho com as parteiras paralelo a um maior investimento na profissionalização e institucionalização do parto:

Desde 1998, o Ministério da Saúde e várias secretarias estaduais e municipais de saúde vêm estabelecendo políticas e destinando recursos para qualificar enfermeiras obstétricas e inserir essas profissionais na assistência ao parto normal. Dentre as medidas, destacam-se o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais, para inclusão do parto normal assistido por enfermeira obstétrica na tabela de pagamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). (Riesco, Maria Luiza Gonzalez; Fonseca, Rosa Maria Godoy Serpa da, 2002 p. 686/687)

Em 2002 algumas obstetrizes escrevem:

As estatísticas oficiais não são verdadeiras quanto à maioria dos partos serem realizados por médicos. Na periferia das grandes cidades e na zona rural, a maioria dos partos são realizados por não-médicos, qualificados ou não, mas são oficialmente assinados pelo médico e pagos a ele” (obstetriz). (Riesco; Fonseca, 2002 p. 688)

Essa fala me lembra a parteira dona Prazeres, que trabalhou como enfermeira ou técnica em enfermagem em hospital, e era chamada muitas vezes para auxiliar em partos mais complicados, e já teve que sair pela porta dos fundos do hospital, para que não vissem que foi ela que acompanhou parto.

Nas últimas 3 décadas o parto no Brasil foi caminhando cada vez mais para o contexto hospitalar assistido por profissionais da saúde, sejam médicas/os ou não. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 apontou para 78% das crianças nascidas no território nacional em mãos de médicos, sendo que nas áreas rurais e em regiões como norte e nordeste essa taxa cai pra 55%. Os outros registros podem ser nascimentos em mãos de enfermeiras, auxiliares de enfermagem ou parteiras (Brasil, 2010). Já em 2006 o PNDS indicou 98% nascidos em hospital.

O modelo hospitalar de assistência ao parto no Brasil foi se caracterizando cada vez mais por uma série de intervenções, um modelo bastante tecnocentrado, e por altas taxas de cesáreas. Paralelo a isso foi surgindo o movimento pela Humanização do Parto e Nascimento. Alguns sustentam que haveria então hoje dois grupos em disputa: cesaristas e humanistas; ou dois posicionamentos em tensionamento com relação a assistência ao parto: uma hospitalocêntrica e intervencionista e outra humanizada. Dentro da esfera do parto parece ser que nem mesmo “o saber científico” é uno. Existem

nitidamente dois posicionamentos, ambos científicos, mas que marcam uma confrontação: a medicina baseada em evidências e a medicina positivista. Que também podem ser definidos pelos paradigmas de humanização e tecnocrático. Mesmo a tecnologia sendo uma produção humana, aqui a disputa seria por quem tá no centro: a tecnologia ou a humana. Defendo que essa é uma falsa disputa, ou melhor, é uma disputa sim, mas que ambos apostam e caminham por uma monocultura do parto.

A medicina baseada em evidências é um movimento internacional que se consolida aproximadamente na década de 80 a partir do questionamento sobre o uso de excesso de intervenções que aumentava custos sem comprovação de melhora nos resultados. Denunciavam o viés científico e criaram uma iniciativa internacional chamada de colaboração Cochrane para gerar dados e pesquisas. Em 1993 foi publicada uma revisão sistemática com 40.000 estudos desde 1950 sobre práticas de assistência perinatal. Uma síntese foi recuperada pela OMS em 1996 e ficou conhecida como Recomendações da OMS (Diniz, Duarte, 2004; Diniz, 2005 *apud* Brasil, 2010).

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários Estados. Na década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco. Em 1993, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que atualmente congrega centenas de participantes, entre indivíduos e instituições. (Brasil, 2010)

O ideário do movimento pela humanização passa por evitar a privação das mulheres de vivenciarem o momento do parto em sua integridade, que seria roubada pelas intervenções médicas. É importante ressaltar que o termo humanizar já foi usado por médicos tecnocráticos para indicar usar intervenções que diminuíssem, segundo eles, a dor da parturiente, como o fórceps e narcose (Mendonça, Sara Sousa, 2015).

Em linhas gerais, pode-se dizer que esse movimento propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar/medicalizado no Brasil, tendo como base

consensual a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1985, e que inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde **nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente**. (Tornquist, Carmen Susana, 2002, p. 483/484 grifos meus)

Nota-se que o ideário do movimento da humanização do parto segue sendo cientificista, e que a ideia da parteira tradicional seria atuar apenas onde o sistema hegemônico de saúde não chega.

Carmen Tornquist localiza as bases e primórdios do movimento pela humanização do parto e nascimento na França, Estados Unidos e Inglaterra no início dos anos 50. Primeiramente com o ideário do parto sem dor, como foi chamado por Tânia Salem. Iniciado por alguns obstetras preocupados em “minimizar as dores do parto e transformá-lo em um evento mais prazeroso, propondo para isso técnicas comportamentalistas de controle da dor” (Tornquist, 2002 p.485) e que é recuperado em 1960. A autora considera que tenha sido sempre fruto de um imaginário de ideologia individualista. Nessa segunda geração de 60 esses valores individualista/libertários trariam para o campo da parturição a sexualidade da mulher, a participação do pai no processo, a valorização do feto e do recém nascido como sujeito dotado de individualidade.

Nesse universo moral destacam-se ainda a valorização da natureza, a crítica à medicalização da saúde, a inspiração em métodos e técnicas não-ocidentais de cuidados com o corpo e a saúde, e a incorporação de outros profissionais na equipe de atendimento, já que os médicos serão vistos como símbolos máximos do poder e do saber biomédico que se critica. (Tornquist, 2002 p.486)

A autora levanta que os principais ícones do movimento os obstetras Michel Odent, Frédérick Leboyer foram lançados no Brasil quase que simultaneamente que em seus países de origem e fortemente adotados pela elite. Outro dos ícones é Moysés Paciornik (1983) que atuou junto ao povo Kaingang na região sul e lançou um livro traduzido para várias línguas: “Parto de cócoras: aprender a nascer com os índios”. Interessante notar que esse último livro veio parar em minhas mãos por uma enfermeira obstetra que sabia de meu trabalho com as parteiras e de meu lugar de aprendiz, ela também me deu um dos livros de Odent.

Outra bandeira levantada pelo movimento de humanização do parto e nascimento é “para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”, argumento defendido por Michel Odent. Que segundo a análise de Tornquist (2002) imprime e reforça ares de normatividade a um modelo ideal de parir e seus desdobramentos sociais mais amplos. Em complemento dizendo que mais uma vez coloca sob responsabilidade das mulheres o “bem da humanidade” através do controle de seus/nossos corpos. E ainda por cima as mulheres tem sobre si um punhado de dados científicos que justificam que suas escolhas vão afetar o bebê e a humanidade como um todo.

O movimento pela humanização do parto, ou parte dele, também se vincula muitas vezes a movimentos de luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, respaldadas e alinhadas com documentos internacionais de direitos humanos como as conferências de Viena, Cairo e Bejing. Nesse sentido, a assistência ao parto no Brasil estaria violando os direitos humanos das mulheres, com intervenções desnecessárias, tratamento humilhante, falta de leitos, etc (Tornquist, 2002).

Tornquist (2002) em seu artigo denominado “armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto e nascimento”, aborda um dos principais argumentos do movimento que é o de necessidade de recuperação de um suposto instinto mais animal, que aproximaria as mulheres da natureza (inclusive muitas vezes defendendo que as mulheres indígenas estariam mais próximas dela) e que deveria ser recuperado através de técnicas, já que foi perdido pela medicalização e tecnologização do parto.

De um lado essas noções dão positividade ao corpo e à experiência feminina de dar à luz (a qual supõe certas condições biológicas óbvias), contrapondo-se a toda tradição ocidental de uma obstetrícia fundada em representações negativas e faltosas do corpo das mulheres. De outro, ao apontar para um instinto e uma natureza (poderosa, positiva) das mulheres, sugerem uma essência feminina universal, liberada da dimensão simbólica, e, ainda, uma equivalência entre feminilidade e maternidade, que compõe uma espécie de estética do parto, similar àquela observada por Rachel Menezes quanto à estetização contemporânea da morte, a qual, nesse caso, pode ter desdobramentos bastante normatizadores. (Tornquist, 2002 p.490)

Sara Sousa Mendonça em busca por pesquisar o debate entre médicos acerca da melhor forma de parto encontrou muita produção científica em prol do parto normal e não encontrou artigos médicos que defendessem a cesárea como melhor forma de parto. “O que nos instiga a pensar na contradição da

modalidade mais realizada ser a menos discutida [publicamente]” (Mendonça, 2015 p.253). A autora considera que se o foco da pesquisa fosse unicamente cavar esses discursos dever-se-ia ir a consultórios, entidades de formação médica etc. Mas o fato de o debate não ser público já sinala algo. Para Mendonça o modelo tecnocrático e o modelo humanizado tem como principal linha definidora a cesárea eletiva (2015 p.267).

A autora nos lembra, embasada em autores como Laqueur e Martin que a ciência não é uma leitura da natureza, ela cria a natureza. O que se estuda ao estudar a ciência, seja qual área for, é a disputa de saberes. Nesse sentido os debates acerca do parto também tem de fundo um debate sobre a definição de corpo: “Seria esse corpo mais uma parte da natureza que o homem deve dominar e controlar através da técnica? Ou seria ele um mecanismo tão perfeitamente projetado por ela, cuja melhor forma de lidar seria deixando-o atuar livremente, de acordo com a sua sabedoria ancestral?” (Mendonça, 2015 p.254/255).

Embora tenha existido um estudo da fisiologia do parto, é preciso lembrar que a obstetrícia brasileira se focou muito mais em aprimorar a cirurgia. Algo que já era abordado e reconhecido em 1963, conforme artigo do professor da Cátedra de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia e de sua equipe, intitulado “Condução do parto”:

Para eles, a sinuosidade, inconstância e irregularidade do progresso da medicina – e da obstetrícia, em particular – se devia ao fato de que os médicos buscaram aperfeiçoar primeiro o parto operatório – se “aventurando em uma cirurgia arrojada, intempestiva e perigosa” – antes mesmo de ter um conhecimento “satisfatório” sobre fisiologia e de “saber bem” como conduzir um “parto natural. (Adeotado Filho et al., 1963, p. 1 *apud* Silva et al. 2019 p.182)

como meu pai, sou cesarianista convicto. Antes de mais nada, pela universalidade da operação: “a Natureza não pode seguir o seu destino, a arte traçará seu rumo”. Sou cesarianista pelo ser integral a proteção à vida materna e também irrestrita a proteção à vida do concepto. A geração atual de obstetras, na qual me incluo, os jovens egressos de nossas faculdades de Medicina nos últimos 20-30 anos, desaprendeu ou nunca se adestrou nas operações transpelvianas. (Jorge Rezende Filho, 2013 *apud* Mendonça, 2015 p.256)

Lendo o relato anterior de um obstetra uma das coisas que me vem a mente é como a defesa da vida no modelo tecnocrático é a vida puramente em seu sentido biológico, enquanto outras medicinas

estão afirmando constantemente a vida em seu sentido físico (biológico), espiritual e social. Sendo que o biológico para muitas epistemes não se refere apenas ao humano, ou melhor, o biológico do corpo não se restringe aos limites dados ao corpo humano pela ciência hegemônica(monocultura científica).

A maneira como está a formação médica no Brasil hoje, voltada para esse viés mais tecnocrático, obriga médicas e médicos que defendem o parto normal como primeira opção a renunciar ao sistema médico vigente, desconstruir o aprendido para então reelaborar (Mendonça, 2015 p.261). Pelo menos essa é a narrativa que médicas e médicos da humanização tem presentes de sua trajetória.

Todo o embasamento e a linha argumentativa do movimento pela humanização está na medicina baseada em evidências (Medonça, 2015), não apenas no Brasil, mas a nível global. Inclusive a formação de parteiras profissionais nos Estados unidos segue essa linha, bem como a Rede Feminista de Saúde em Abya Yala.

Os médicos te dizem: “Vamos tentar um parto normal”, como se fosse o mais difícil, como se exigisse condições. Ora, o “normal” não é ser normal e a cirurgia só acontecer se algo der errado? (ativista humanização do parto *apud* Mendonça, 2015 p.264)

Embora não seja considerado o discurso hegemônico, o Brasil como Estado incorporou as reivindicações do movimento pela “humanização do parto” e adotou políticas públicas nesse sentido na assistência ao parto, especialmente entre 2000 e 2017. Essa incorporação pode ser percebida em documentos como o manual técnico do Ministério da Saúde Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher (Brasil, 2001 *apud* Brasil 2010), no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, ambos em 2004, e o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal (2009), no PAISM e a Rede Cegonha. Vale ressaltar, que é mais no campo da normatização e do discurso de gestão do que de fato de uma prática de profissionais médicas/os e não médica/os que siga esses ideais.

A justificativa para a criação da estratégia da rede Cegonha está no reconhecimento de que embora as políticas anteriores de assistência ao parto tenham garantido progressos no direito à saúde, medidos através do acesso praticamente universal ao pré-natal e ao parto hospitalar (considerado nesse caso avanço) e redução da morbimortalidade materna e infantil, ainda prevalecia indicadores ruins em comparação com dados internacionais. Entre esses indicadores com valor elevado no Brasil estava: o predomínio de causas evitáveis de óbito materno e infantil, a alta frequência de intervenções obstétricas

desnecessárias, como a cesariana e a concentração de óbitos neonatais nas primeiras horas de vida. Esses dados se referem sobretudo à assistência hospitalar. Com o propósito de transformar este cenário, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Rede Cegonha (RC) (Gama, Silvana Granado Nogueira da; Thomaz, Erika Barbara Abreu Fonseca; Bittencourt, Sonia Duarte de Azevedo, 2021).

A Estratégia Rede Cegonha (RC) tem ações voltadas a assegurar atenção qualificada e pautada em direitos às mulheres e crianças no ciclo gravídico-puerperal até os dois anos de idade, somando-se aos programas e propostas já instituídos a nível nacional. A RC, em consonância com reivindicações dos movimentos de mulheres relativas à violência obstétrica, assumiu a necessidade de mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento e de redução da morbimortalidade materna e neonatal, trazendo, no rol de ofertas, o apoio institucional amplo a gestores e a serviços estratégicos (Vilela, Maria Esther de Albuquerque et al., 2021).

No âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011).

São objetivos da Rede Cegonha:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (Brasil, 2017, Art. 3º )

No âmbito da assistência privada foi lançado em 2015 o projeto Parto Adequado, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de acordo de cooperação técnica com o Institute for Healthcare Improvement (IHI) e o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), com o apoio do Ministério da Saúde.

Trata-se de um projeto de melhoria da qualidade, que visa a fornecer apoio institucional, científico e metodológico aos hospitais que desejam reorganizar o modelo de atenção ao parto e nascimento. As estratégias projeto Parto Adequado possuem uma abordagem sistêmica, desenvolvidas com base em experiências

exitosas de redução de cesarianas no setor privado, incluindo quatro eixos primários: governança, empoderamento das mulheres, monitoramento de indicadores, e reorganização da estrutura e processos de cuidado. A primeira fase do projeto Parto Adequado contou com a participação de 35 hospitais ao longo de 18 meses. Os resultados iniciais motivaram o lançamento da segunda fase, em andamento, que começou em maio de 2017 com a participação de 137 hospitais e 65 operadoras de planos de saúde. (Leal, Maria do Carmo et al. 2019 p.2)

O documento mais recente que acessei com diretrizes nacionais de assistência ao parto normal data de 2017 e se baseia em documentos similares de outros países. Inclusive este documento oficial recomenda:

Informar às gestantes de baixo risco sobre os riscos e benefícios dos locais de parto (domicílio, Centro de Parto Normal extra, peri ou intra hospitalar, maternidade). Utilizar as tabelas 1, 2, 3 e 4 para tal. Informar também que as evidências são oriundas de outros países, e não necessariamente aplicáveis ao Brasil.( Brasil, 2017 p.14)

As tabelas em questão trazem um comparativo sobre os desfechos nos distintos locais de nascimento, trazendo números da Inglaterra e da Noruega que fundamentam os estudos utilizados como base Birthplace, Blix et al., 2012 BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP. Ou seja, da realidade na Inglaterra, onde existe formação específica de *midwife* e alta incidência de parto domiciliar, uma realidade completamente diferente do Brasil. Me pergunto: como pode um documento oficial trazer uma diretriz totalmente sem fundamento? Como uma profissional da saúde, ou estudante ou doula, para quem está direcionado o documento, vai informar uma gestante sobre os riscos e benefícios de parto domiciliar no Brasil com base numa tabela de países com realidades completamente diferentes? No DATASUS sequer é possível cruzar dados de complicações da pessoa que pariu ou da que nasceu com tipo de parto, local do parto (aparece local de óbito mas não local de nascimento), se os dados se referem a parto normal ou cesárea, se o parto foi assistido por parteira, enfermeira, médico/a ou autoassistido. Ou seja, é uma diretriz inaplicável e sua inaplicabilidade é descrita no mesmo documento nos itens de 4 a 8:

4 Informar a todas as gestantes que a assistência ao parto no domicílio não faz parte das políticas atuais de saúde no país.

5 Informar às nulíparas de baixo risco de complicações que o planejamento do parto no domicílio não é recomendado tendo em vista o maior risco de complicações para a criança. Informar também que as evidências são oriundas de outros países e não necessariamente aplicáveis ao Brasil.

6 Informar às múltiparas de baixo risco de complicações que, tendo em vista o contexto brasileiro, o parto domiciliar não está disponível no sistema de saúde, por isso não há como recomendar. No entanto, não se deve desencorajar o planejamento do parto no domicílio, desde que atenda o item 8.

8 Assegurar que todas as mulheres que optarem pelo planejamento do parto fora do hospital tenham acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade, se houver necessidade de transferência.

( Brasil, 2017 p.14)

No início de dezembro de 2021, ainda com o país em estado de alerta com relação a pandemia do coronavírus e a grave crise econômica e política que vem fazendo com que a fome volte a ser realidade de uma grande parte da população, o Ministério da Saúde lançou nota técnica desaconselhando o parto domiciliar no Brasil NOTA TÉCNICA Nº 2/2021-CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.

A nota em questão é respaldada também por artigos científicos de contextos bastante diversos da realidade brasileira:

Porém, **esses resultados são tendenciosos** [se refere a resultados que apontam a segurança e vantagem do parto domiciliar], já que essa aparente redução do risco advém, substancialmente, da impossibilidade de realizar intervenções, caso necessárias, em ambiente extra-hospitalar. Além do mais, há fragilidades importantes no desenho dos grupos comparativos dos estudos: as mulheres selecionadas para o parto em ambiente domiciliar apresentam menor quantidade de fatores de risco, quando comparadas ao grupo de mulheres que pariram em ambiente hospitalar.

(...) Até o momento, **não há** grande oferta de estudos clínicos randomizados, **com metodologia rigorosa**, que corrobore uma suposta segurança no nascimento em ambiente domiciliar. A maioria das informações sobre o tema deriva de estudos observacionais, com sérias limitações metodológicas

Esses trechos da nota técnica evidenciam a disputa pela verdade, nota-se que a argumentação é semelhante a usada pelo campo da humanização do parto e nascimento e defesa do parto domiciliar planejado (PDP), o que muda é a escolha dos estudos. Concordo com o argumento da nota que diz que no Brasil não há estudos suficientes que demonstrem que o parto domiciliar é mais ou menos seguro que o hospitalar. Mas é importante notar, como veremos a seguir, que o índice de mortes maternas não é uma linha reta, e também em ambiente hospitalar houve em alguns períodos um crescimento do risco. A nota traz os princípios da precaução e da prudência como justificativa para desaconselhar o parto domiciliar, uma vez que não há dados que provem sua segurança. Contudo, essa é uma linha argumentativa, pois se fossem escolhidas pesquisas que mostram maior segurança e conforto do parto domiciliar também se poderia aplicar os princípios da prudência e precaução para não recomendar o parto hospitalar em gestações de risco habitual.

Em Cavalcante nota-se menor morte materna desde que o parto foi hospitalizado. Porém, é importante considerar o efeito cronológico, muitas coisas mudaram desde então. Na época em que se tinha muitos partos domiciliares em Cavalcante e um número considerável de óbitos materno, também se tinha um número mais elevado que hoje de óbitos maternos em ambientes hospitalares. Muitas circunstâncias mudaram, alimentação, acesso a esterilização, pré-natal com diagnósticos prévios.

Provavelmente uma das razões pela produção dessa nota técnica foi o aumento da procura por parto domiciliar na pandemia. Além de ter sido notícia esse aumento no âmbito do parto domiciliar planejado (Lemos, 2020; Duarte, 2020), em algumas rodas e lives de parteiras que assisti durante os anos de 2020 e 2021, as mesmas relataram um aumento da demanda, tanto no Brasil como no México.

Houveram algumas respostas à referida nota, petição, notas profissionais especialmente da enfermagem que defende o parto domiciliar planejado. Nota-se que em todos os documentos, tanto do ministério como das respostas, as parteiras tradicionais não são mencionadas. Me lembra que a nota técnica mais recente sobre Declaração de Nascido Vivo - DNV no Goiás menciona as parteiras tradicionais apenas nos considerandos, mas não prevê explicitamente como as secretarias de saúde devem proceder com relação a emissão de DNV em partos assistidos por parteiras.

Esses exemplos me geram a sensação de apagamento, silêncio. Se nas últimas décadas o Estado buscou de alguma forma dialogar com as parteiras, nos últimos anos parece haver um apagamento completo, talvez um ideário com a rede cegonha de total institucionalização do parto. Pelo menos a nível federal. Desde 2018 que se interrompeu a nível federal ações de diálogo com as parteiras tradicionais, bem como elas deixaram de aparecer nas normativas publicadas desde então.

Em fevereiro de 2022 foi lançada a Rede de Atenção Materna Infantil\_ RAMI, que substituiu a Rede Cegonha. Em solenidade pública para o lançamento da nova caderneta da gestante e anúncio da RAMI, o Ministro da Saúde usou o argumento de aumento de mortes maternas para justificar o fim da casa de partos e a presença de médicos em todos os partos, ou todos os partos em lugares onde há médicos (Lara, Bruna de, 2022). O ministro chegou a afirmar que no governo anterior o número de mortes maternas havia aumentado.

Se no texto que instituiu a Rede Cegonha as parteiras tradicionais aparecem apenas na parte de distribuição de kits, no texto da RAMI, elas nem sequer são mencionadas. A ideia de uma assistência multiprofissional de saúde envolve horizontalidade e trabalho conjunto, contudo, o que tem se desenhado na história da assistência ao parto é uma disputa profissional que tem como principal argumento a prevenção a mortes maternas e neonatais. Os médicos advogam pra si o exclusivo direito a assistência ao parto, porque só eles podem resolver intercorrências complexas, as enfermeiras obstetras e obstetras advogam pra si o único direito de prestar assistência domiciliar com segurança quando comparadas com parteiras tradicionais. Implícita ou explicitamente se desenha uma hierarquia: médico, enfermeira, parteira. Sendo a última justificável apenas em situações onde não há a presença dos anteriores.

Por outro lado existem experiências locais sobretudo em territórios com histórico de mobilização política das parteiras, em que elas estão junto com o SUS (Pernambuco, Amazonas, e Amapá). E ainda existe um aumento de formações de parteiras tradicionais.

Dentro dessa perspectiva epistêmica da crítica descolonial, a biomedicina é entendida como um projeto que instituiu diversas instâncias de um poder colonial, isto é, uma colonialidade do saber – por meio do pensamento científico eurocêntrico e monológico, oprimindo a diversidade dos saberes populares; uma colonialidade do poder – através das políticas intervencionistas que inscrevem e reforçam a hierarquia médico-paciente; uma colonialidade do ser – traduzida na relação mercantilista do usuário como consumidor do serviço de saúde, assim como um assujeitamento pelo conhecimento técnico. (Pimentel, Camila; Rodrigues, Laís; Muller, Elaine; Portella, Mariana, 2014 p. 167)

A partir deste histórico é possível ver como foi se dando a colonialidade da assistência ao parto, abordada pelas autoras acima em três esferas: do saber, do ser e do poder. Hoje tanto nas publicações científicas como nas diferentes esferas de gestão dessa assistência predominam dois discursos e posicionamentos políticos-epistêmicos aparentemente antagônicos. Ao meu ver, ambos trazem uma

perspectiva epistemicida quando olhamos para o pluriverso de saberes amefricanos em resistência no território denominado Brasil. São duas perspectivas que disputam uma verdade para que prevaleça um modelo que se pretende universal. A isso me refiro como monocultura do parto.

Vandana Shiva (2003) percebeu que além de exterminar uma variedade sementes, plantas e animais, a produção no formato de monocultura impõe uma única forma de pensamento do que é melhor. Que antes da monocultura estar na terra, ela habita a mente de alguns. Enquanto houver a busca por um único melhor que é universal a todos seres, haverá monocultura. A maior parte desse histórico trouxe como se deu em narrativas hegemônicas a formatação dessa monocultura. Trago aqui algumas reflexões sobre como entendo que também o modelo que se propõe alternativo, a humanização do parto e nascimento, opera na mesma lógica.

Os resultados apontam que um número significativo dos hospitais avaliados não possui banheiro exclusivo com água quente no chuveiro, indicativo de que uma parcela importante das mulheres não teve assegurado o acesso a essa tecnologia, nem à sua privacidade, aspecto fundamental para o bom desenrolar da fisiologia feminina. (Pasche, Dário Frederico et al., 2021, p. 892, grifos meus)

O trecho acima é de um artigo elaborado a partir de ampla pesquisa nacional avaliativa da implementação das diretrizes da Rede Cegonha, no caso do artigo citado, com foco na avaliação da ambiência das maternidades da rede. Chama atenção a naturalização 1. de que há uma fisiologia feminina; 2. de que essa fisiologia (universal) depende de tecnologias específicas [aspecto fundamental], logo subentende-se que todas as mulheres para um bom parto necessitam de privacidade e banheiro exclusivo com água quente. Embora o movimento de humanização do parto e nascimento e toda a corrente científica que aposta nessa linha, incluído as políticas públicas de atenção ao parto e nascimento, preconizem a redução das tecnologias na assistência e o respeito à “fisiologia natural do parto”, o que se nota muitas vezes é a substituição de tecnologias e não necessariamente a redução delas.

Os congressos de humanização do parto são conhecidos por um amplo comércio de tecnologias “humanizadas” para o parto e nascimento. Na assistência privada, são vendidos pacotes para o parto com direito a piscina de água quente, bola de pilates, acupuntura, música, rebozo, massagem, óleos...a lógica de um parto com intervenções segue existindo, embora sejam consideradas intervenções leves e com menor risco de complicações que as farmacológicas. O impacto negativo que percebo dessa idealização é que para as mulheres pobres do interior esse “parto humanizado” é algo completamente distante e elitizado. Como uma das mulheres que entrevistei na pré-pesquisa falou quando perguntei que tipo de

parto ela queria e ela falou que já tinha ouvido falar do parto humanizado em banheira, mas que não era pra ela.

A minha pequena experiência de acompanhar 11 partos e escutar relatos de inúmeros outros, tanto nas entrevistas realizadas no município, como ao longo da minha trajetória, é a de quando se permite que a mulher faça aquilo que ela quer, não tem regra para o que “é fundamental para a fisiologia”. Já vi mulheres que tinham piscina, foram pra piscina e se sentiram desconfortáveis, queriam o solo. Embora reconheça que sim é *evidente* que a água quente pode aliviar a dor, já vi mulheres que tinham tanto calor durante o trabalho de parto que o incômodo do calor na água quente era maior que o alívio da dor, e preferiram uma ducha de água fria; já vi mulheres que a privacidade era fundamental, não queriam ninguém perto além da parteira e doula, e às vezes pediram pra ficar sós, e mulheres que se sentiram seguras com a família e amigos cachorros todo mundo no mesmo ambiente; já vi mulheres que chegaram no hospital e se sentiram mais seguras e relaxaram e o trabalho de parto avançou muito mais rápido que em casa com todos os recursos de ambiência, e por fim, não acompanhei, mas conheço homens e pessoas não binárias que pariram. Portanto falar de uma fisiologia feminina no parto, e associar tecnologias específicas que permitem o desenrolar dessa fisiologia é mais uma vez um plantio da monocultura que impede a diversidade de viver e crescer.

A definição de evidente no dicionário é: claro, aceitável, indiscutível pela incontestabilidade; indubitável, patente, irrefutável. Embora possa ser irrefutável que analisado isoladamente água quente alivia a dor da contração no trabalho de parto, quando visto no conjunto do contexto, a corporalidade da pessoa que pare, a temperatura do ambiente, como aquela pessoa particular reage a certos estímulos, essa evidência pode ser contestada.

Não quero dizer com isso que os hospitais não devam ser adaptados para que haja a possibilidade de mais privacidade, de banheiro exclusivo, de água quente, de piscina para as pessoas que parem. Acredito que as tecnologias, sejam elas biomédicas, ancestrais, *nova era* ou o que forem, se apresentam benefícios mais que malefícios para a maioria das pessoas, devem estar acessíveis para todas as mulheres e pessoas que gestam. A democratização das tecnologias biomédicas e ancestrais é necessária. Sendo que a última deve estar aliada à justa repartição de benefícios com as guardiãs e guardiães desses saberes. Mas estar disponível e acessível não é o mesmo que afirmar e repetir e tornar verdade que todos os corpos que gestam e parem dependem destas tecnologias.

O ideal da humanização do parto e nascimento muitas vezes é apresentado em oposição ao modelo biomédico hegemônico por considerar o parto algo fisiológico e não patológico (Pimentel et al.

2014 ). O que quero argumentar, é que essa binariedade é um saber biomédico, são duas forças operando na mesma linguagem. O fisiológico também se apresenta com parâmetros mensuráveis, deterministas, fragmentados, que são características do modelo hegemônico.

Parece no mínimo absurdo juntar uma infinidade de saberes e práticas de cura fundamentadas em pressupostos diferentes entre si e dizer “os outros saberes” e “o saber científico”. A historiografia da assistência ao parto no Brasil segue uma narrativa de história única que invisibiliza a diversidade de partejares. Uma das estratégias de instauração da monocultura é a eliminação de sementes crioulas e técnicas de plantio que permitem o cultivo sem insumos externos, comprados. O apagamento da história é uma forma de eliminação. A perseguição às parteiras não diplomadas pelo estado, a invalidação constante do conhecimento delas pelos discursos médico/as, e o desaparecimento delas das normativas estatais constituem estratégias de eliminação da diversidade de partejares.

## **5.2 Contexto atual do parto no Brasil: breve panorama**

Recentemente foram desenvolvidas duas grandes pesquisas sobre a situação do parto e nascimento no Brasil: Nascer no Brasil, realizada em 2011/2012 e esta que trago aqui em maiores detalhes de 2017 que buscou avaliar a implementação da Rede Cegonha. Os dados desta pesquisa não são relativos ao total de partos no Brasil, mas sim daquelas maternidades da Rede Cegonha, que foram responsáveis por quase metade dos partos realizados no país e 61,2% dos partos do SUS em 2017 (DATASUS, 2020). A pesquisa teve uma boa representatividade nacional, com maternidades das cinco regiões brasileiras. Essas maternidades são públicas ou privadas conveniadas com o SUS e de porte variado e juntas respondem por mais de 50% dos partos, e da Rede Cegonha em 2015, que considerou dados de mais de 5 mil mulheres.

Uma dos objetivos da Rede Cegonha é que o próprio ambiente seja propício às novas práticas: o parto entendido como processo fisiológico contínuo, acesso da mulher a métodos não farmacológicos de dor incluindo chuveiro e banheira, presença de acompanhante e doula durante todo o tempo...etc. Com relação ao local de parto, a maior parte dos hospitais da Rede Cegonha recebe as gestantes para parto em sala coletiva sendo 30,5% sem nenhum tipo de separação entre leitos e 38,4% com separação por biombos. Apenas 11,7% das maternidades tem Quarto PPP (pré parto, parto e pós parto), que é o caminho preconizado pela RC. É provável que os hospitais públicos e/ou conveniados ao SUS não

cobertos pelo Plano de Ação da Rede Cegonha apresentem ainda menor disponibilidade de quartos PPP (Pasche et al. 2021).

os hospitais com pelo menos um quarto PPP apresentam maior frequência nas capitais (37,5%), entre os hospitais com gestão estadual (27,5%), que realizam mais de 3000 partos por ano (38,0%), e de maior complexidade medida pela presença de UTI Neonatal (34,0%) e ser referência para gestante de alto risco (34,2%). (Pasche et al. 2021, p.891)

Com relação a idade de parir é interessante notar que análise comparativa entre grandes pesquisas de ampla representação nacional sobre parto e nascimento no Brasil nas redes públicas e privadas, aponta um aumento da proporção de mulheres com 35 ou mais anos de idade (Leal, et al. 2019). Pensando que caminhamos para uma monocultura, nos países com capitalismo e des-envolvimento mais instaurado a idade de primeira/o filho costuma ser mais alta que nos países do terceiro mundo.

Artigo que compara a pesquisa de 2011 com essa de 2017 mostra uma redução de partos vaginais na rede pública (antes 57,1% e em 2017 56,2%<sup>7</sup>); aumento de cesárias intraparto de 8,9% para 13,6%; diminuição da cesariana sem trabalho de parto 34% para 30,2%. Na rede privada houve aumento de parto vaginal de 12,3% para 22,8%; aumento da cesariana intraparto de 5,5% para 13% e diminuição das cesarianas sem trabalho de parto de 82,2% para 64,2%. Em 2008 taxa de cesáreas no setor saúde suplementar: 82,3% e no SUS em 2007 31,8% (Brasil, 2010).

A partir dos dados coletados com entrevistas às mulheres, houve aumento considerável de acompanhantes durante o trabalho de parto na rede pública de 46,4% para 84,7% e de 70,2% para 97,9% na rede particular. E durante o parto vaginal também aumentou de 31,8% para 83,9% na rede pública e de 55,8% para 96,8% na rede particular.

Além dos benefícios do suporte no trabalho de parto e parto para os desfechos perinatais, como menor duração do trabalho de parto, menor proporção de cesarianas e menor uso de analgesia, mulheres com acompanhante referem ter sofrido menos violência no parto e demonstram mais satisfação com a assistência recebida. (Leal, et al. 2019)

Também houve aumento do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor na rede pública de 29,2% para 56,7% e na rede particular de 20% para 57,1%. Aumentaram os relatos de possibilidade de se alimentar e ingerir líquidos durante o trabalho de parto de 28,1% para 47,6% na rede

---

<sup>7</sup> Informação de prontuário hospitalar.

pública e de 14,5% para 61,1% na rede particular. Uma mudança impressionante em um período tão curto de tempo!

Com relação à prática de episiotomia houve uma redução considerável de 47,3% para 27,7% na rede pública e de 67,8% para 39,4%, embora ambas taxas sejam ainda bastante altas.

A posição de litotomia (aquela deitada com as pernas pra cima encaixadas no ferro, totalmente contra a gravidade, útil apenas para o conforto do médico em detrimento completo do conforto da mulher) também diminuiu, embora ainda seja bastante alta: de 91,1% para 62,1% na rede pública e 89,2% para 70,2% na rede privada.

Um desfecho benéfico importante observado no setor privado foi o aumento dos nascimentos de bebês com IG  $\geq$  39 semanas, provavelmente decorrente da redução de cesarianas anteparto e do aumento dos partos vaginais. Barros et al., em estudo nacional analisando dados do *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos* (SINASC), encontraram associação entre tipo de parto e IG ao nascer: quanto maior a taxa de cesariana nos municípios brasileiros, maior a proporção de termos precoce<sup>8</sup>, que são os bebês nascidos com IG de 37-38 semanas. No Brasil, em 2011-2012, os termos precoce corresponderam a 35% do total de nascimentos e estima-se que nasçam por ano, no país, 300 mil termos precoce por meio de cesarianas anteparto em mulheres sem qualquer sinal de complicação médica. Os nascidos termo precoce possuem um risco aumentado de doenças respiratórias, admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, hospitalização prolongada, mortalidade neonatal, re-hospitalização, atrasos de desenvolvimento e doenças na primeira infância. No Brasil, dentre os desfechos desfavoráveis associados ao termo precoce destacam-se a demora no início do aleitamento materno, taquipneia transitória, hipoglicemia, fototerapia, admissão em UTI neonatal e óbito neonatal, principalmente nos nascidos por cesariana anteparto. Devido a essa maior morbidade do recém-nato termo precoce, várias organizações médicas, incluindo o Conselho Nacional de Medicina brasileiro,

---

8 A palavra “termo” se refere a bebês que já estão completamente formados e podem viver fora do útero. Precoce porque ainda que esteja formado e pronto para viver fora do útero, se considera que a idade gestacional completa é com aproximadamente 40 semanas. Essa contagem se baseia entre outras coisas em pesquisas que trazem dados onde a mortalidade neonatal ou alguns agravantes de saúde são mais recorrentes em bebês que nascem entre 37 e 38 semanas que entre aquelas/es que nascem a partir das 39. Durante muito tempo e ainda hoje foi prática recorrente no Brasil a cirurgia cesariana com 37 semanas.

recomendam que interrupções eletivas da gestação não sejam realizadas antes das 39 semanas gestacionais.(Leal et al. 2019)

Um fato curioso é que hoje em ambiente hospitalar se realizem procedimentos considerados não apenas “ultrapassados” como que causam mais danos que benefícios para mulher, pessoa que pare, ou bebê. Contudo, esse fato é abordado como algo que deva ter uma movimentação institucional etc, para ir aos poucos mudando as práticas. Com relação aos fazeres das parteiras considerados “negativos” já é a presunção de culpa absoluta e que tá tudo errado. “Ainda permanecem, nos serviços de atenção obstétrica, práticas não recomendadas, deletérias à saúde da mulher e do bebê, e baixa incorporação do que é preconizado como um bom cuidado” (Vilela et al. 2021).

Um dos grandes argumentos para a hospitalização do parto e para sua assistência por profissionais formadas/os e não por parteiras é a questão da mortalidade materna. Atribui-se maior mortalidade materna a partos assistidos por parteiras. Uma das perguntas que me rondaram nessa pesquisa foi/é “O que são mortes evitáveis?” E também busquei entender as principais causas de morte materna afim de ponderar os riscos de um parto assistido por parteira num município onde o centro cirúrgico mais próximo está a 140km do centro da cidade. Sendo que hoje a maior parte das recomendações da tal da medicina baseada em evidências é de que um centro de parto que acolhe gestantes de risco habitual esteja a no máximo 20 minutos de distância de um hospital de referência (PORTARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015). Tentar observar que a redução da mortalidade materna não está relacionada a hospitalização/cesariação do parto. O hospital é mais seguro? Essa é uma pergunta que não pode ser respondida, simplesmente porque as condições de partos tanto domiciliares como em casas de partos, bem como as condições de vida das mulheres em países onde há uma grande prevalência desses locais de parição é muito diferente da realidade no Brasil. Mas sim, se pode inferir, ou ter uma ideia.

De acordo com a 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10), o óbito materno é definido como a morte de uma mulher, ocorrida durante ou até 42 dias após a gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, e desde que seja por causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas ligadas a ela, mas não associada a causas acidentais ou incidentais. (Brasil, 2021 p.14)

Na década de 1990, a razão de mortalidade materna era de 143/100.000 nascidos vivos (nv), chegando a 72/100.000 nv nos anos 2000. No período de 2000 a 2010 essa razão oscilou entre 72 e

69/100.000 nv, ocorrendo nova oscilação entre 2010 e 2017 entre 62 e 65 óbitos/100.000 nv (...)Vale ressaltar que, mesmo com a redução de mais de 50% dos óbitos maternos, o Brasil ainda está longe de alcançar os 30 óbitos para cada 100.000 nv, meta pactuada nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (Silva, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo et al. 2021). Ainda que em 2017 apenas 0,67% dos partos tenham sido registrados em domicílio, taxa que em 2019 foi de 0,63% (17.988 nascimentos em domicílio registrados) (DATASUS, 2021). Destaco mais uma vez que os dados do DATASUS não permite o cruzamento de óbitos por tipo nem local de parto, um dado que seria fundamental para a avaliação dos riscos. Me pergunto sobre a intencionalidade desse cruzamento não ser possível.

Em 2019<sup>9</sup>, 65,7% dos óbitos maternos no Brasil foram decorrentes de causas obstétricas diretas, 30,4% de causas obstétricas indiretas e 3,9% de causas obstétricas inespecíficas (DATASUS, 2021).

Dentre as causas diretas as mais recorrentes são oriundas de hipertensão, sendo pré-eclampsia e eclampsia somam hoje a maior causa de morte materna em hospital, 8,06% das mortes maternas em hospital tem a pré-eclampsia como causa e 10,18% a eclampsia. Ambas juntas somam 10,5% das mortes maternas em domicílio, sendo que nenhum desses óbitos registrados em domicílio foi durante o parto, tendo sido durante a gestação ou no puerpério, e um caso sem o momento especificado. Essa taxa não difere tanto da mundial que fica entre 10% a 15% das mortes maternas diretas associadas à pré-eclâmpsia/eclâmpsia. Contudo, um “dado” importante é que 99% dessas mortes ocorrem em países de baixa e média-renda.

Não se tem hoje uma causa definida para a pré-eclampsia, porém são identificadas algumas possibilidades: predisposição genética, deficiência do estado nutricional, quebra de tolerância imunológica, placentação deficiente, resposta inflamatória sistêmica e desequilíbrio angiogênico. A pré-eclampsia não é por si indicativo de cesária, a não ser em condições específicas, onde se considera a gravidade clínica e tempo gestacional, mas a indução do parto pode ser feita. Segundo a Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG) para controle de pré-eclampsia é recomendado o uso de AAS, suplementação com cálcio e dependendo do caso sulfato de magnésio. Essa abordagem deve ser indicada no pré-natal (Peraçoli, José Carlos et al. 2020).

A segunda maior causa de morte materna em 2019 foi a hemorragia, aproximadamente 12,4% (DATASUS, 2021) do total de causas registradas, sendo a mais representativa a hemorragia pós-parto,

---

9 Os dados de 2019 foram extraídos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos- SINASC e as porcentagens contada por mim.

causa definida de 6,4% de todas as mortes maternas em todas as localidades<sup>10</sup>. A maioria no pós-parto imediato com 61,3% das mortes por hemorragia pós-parto em todas as localidades (apenas um caso de óbito em domicílio); seguida por hemorragia no terceiro estágio do parto (nascimento da placenta) com 17,8% do total de mortes por hemorragia pós-parto em todas as localidades.

A embolia de origem obstétrica é outra grande causa de morte materna, sendo que 4,69% do total de morte materna em todas as localidades tem essa causa relatada. A embolia obstétrica por coágulo de sangue é a com maior incidência. Seguida pela embolia amniótica. Suas principais manifestações clínicas são síndrome hemodinâmica: caracterizada por parada cardíaca ou hipotensão arterial súbita; insuficiência respiratória; coagulopatia (Almeida, Edmilton Pereira de et al. 2007). Ao pesquisar a definição e sinais de embolia obstétrica por coágulo de sangue as buscas me direcionavam para artigos acerca de de trombofilias e tromboflebitas puerperais, que é outro CID<sup>11</sup>. O que me fez perguntar sobre a necessidade de atualizar os CIDs no banco de dados do DATASUS, e da possível dificuldade de preenchimento do mesmo, e portanto da fragilidade da real representatividade dos dados para avaliação das principais causas (biomédicas) de morte materna.

As infecções puerperais também tem uma representatividade considerável: 4,3% do total de mortes maternas de todas as localidades tem essa causa apontada. Sendo apenas 3 casos em domicílio (não se sabe se o parto foi ou não em domicílio) do total de 69 mortes por esta causa.

Importante destacar também que 2,98% das mortes maternas foram registradas tendo como causa complicações por abortos.

Dentre as causas obstétricas indiretas, destaca-se em 2019 as doenças do aparelho circulatório que soma 8,25% do total de mortes maternas, seguida por outras doenças e afecções especificadas 6,4% e doenças respiratórias 4,12% do total de mortes maternas. É importante ressaltar que embora os dados do SUS sejam fundamentais para a análise da realidade, sua veracidade depende totalmente da forma como os dados são coletados e inseridos no sistema, portanto do letramento de profissionais que fazem esse registro. Em 2010, a subnumeração das mortes por causas maternas, no SIM/MS, foi estimada em 21,4% e, das mortes maternas, 16% (Luizaga, Carolina Terra de Moraes et al. 2010).

A subnotificação de causas de morte materna é um problema universal, difícil de ser eliminado, o que justifica a necessidade de investigação de todos os óbitos

---

10 O dado acerca do total de mortes maternas por hemorragia é calculado pelo Ministério da Saúde com base também nas informações sobre morte de mulheres em idade fértil. Já os dados que especificam as mortes foram calculados por mim com base nos dados de Óbitos Materno do DATASUS.

11 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos). A investigação de óbitos de MIF resgata informações omitidas na DO, viabilizando a captação de mortes maternas não declaradas ao SIM. Assim, o MS utiliza o quantitativo de óbitos maternos declarados no SIM para estimar, de forma mais fidedigna, a quantidade de óbitos maternos ocorridos, que denominamos de óbito materno corrigido. (Brasil, 2021 p. 13)

Razão de Mortalidade Materna (RMM) reduziu 8,4% entre 2017 e 2018. Em 2018, a RMM no país foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto no ano anterior era de 64,5 (<https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>). Em 2019 foi de 58 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. Sendo que essa razão variou de 82,5 óbitos maternos para cada 100 mil NV na região Norte a 38,3 na região Sul. No Goiás a RMM em 2019 foi 69,7. Em regiões globais ditas desenvolvidas essa taxa não passa de 10 por 100 mil nascidos vivos, muitas vezes nem sequer chegando a 5 (Brasil, 2021). Goiás teve 67 óbitos maternos registrados no DATASUS em 2019, sendo 47 mortes obstétricas diretas. As principais cidades para onde são encaminhadas as gestantes de Cavalcante, Campos belos, registrou uma morte materna direta; Formosa uma direta e uma indireta e Planaltina uma direta (DATASUS, 2021).

**Tabela 1:** Óbitos maternos por Cor/raça segundo Região/Unidade da Federação  
Período: 2019

	branca	preta	amarela	parda	indígena	ignorado	total
TOTAL	475	184	1	855	25	36	1.576
%	30,13	11,6	0,06	54,25	1,58	2,28	

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

**Tabela 2:** População residente, por sexo e cor ou raça. Brasil.

<b>Tabela 6408 - População residente, por sexo e cor ou raça</b>			
<b>Brasil</b>			
<b>Variável - Distribuição percentual da população por sexo segundo cor ou raça (%)</b>			
<b>Sexo - Mulheres</b>			
<b>Ano - 2019</b>			
<b>Cor ou raça</b>			
<b>Total</b>	<b>Branca</b>	<b>Preta</b>	<b>Parda</b>
100,0	43,5	9,2	46,2
<b>Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual - 1ª visita</b>			

A partir das leituras dos dados acima percebemos que no ano de 2019 ainda persiste um recorte racial das mortes maternas. Enquanto a população total no território brasileiro de mulheres brancas representava aproximadamente 43,5%, esse perfil racial é 30% no total de mortes maternas. Quando olhamos para a população de mulheres negras (pretas e pardas) que em 2019 representava 55,4% da população de mulheres no Brasil, no mesmo ano as mulheres negras que faleceram em decorrência de gestação, parto, pós parto ou aborto somaram 65,85% do total das mortes maternas.

Desigualdades raciais em vários desfechos de saúde física e mental, bem como no acesso e na utilização de serviços de saúde têm sido bem documentadas. No Brasil, evidências científicas apontam que existe associação entre cor da pele e indicadores da atenção ao pré-natal e parto e mortalidade materna. Diversos estudos observaram que a cor da pele preta ou parda esteve associada à inadequação na atenção pré-natal, à falta de vinculação à maternidade, peregrinação em busca de atendimento médico, pior avaliação do tempo de espera para o atendimento médico, diminuição da privacidade e falta de acompanhante durante o trabalho de parto, além de menor realização de anestesia local para episiotomia (Alves, Maria Teresa Seabra Soares de Britto et al. 2021, p.838)

A pesquisa citada anteriormente de avaliação da Rede Cegonha observou também a desigualdade racial em maternidades. Apontou que a dimensão boas práticas no trabalho de parto e no parto, as

mulheres negras (pardas e pretas) tiveram menor oferta de medidas não farmacológicas para alívio da dor, assim como menor preenchimento do partograma quando comparadas com as de cor branca. As mulheres pardas tiveram menor oferta de líquidos ou outros alimentos durante o trabalho de parto e em maior percentual foram poucas vezes bem tratadas durante a internação (Alves et al. 2021).

Pretas e/ou pardas tiveram menor oferta de líquidos ou outros alimentos durante o trabalho de parto, menor oferta de métodos de alívio não farmacológico da dor, foram bem tratadas poucas vezes, foram menos submetidas a intervenções como venóclise, analgesia e uso de ocitocina comparadas com as brancas. A menor ocorrência dessas boas práticas ou intervenções nas pretas e/ou pardas foram explicadas pelos mediadores utilizados no ajuste, o que torna improvável que a desigualdade racial na assistência ao parto e nascimento detectada nessas variáveis seja reflexo da discriminação racial no âmbito dos serviços de saúde. (Alves et al. 2021 p.841)

Os mediadores de ajuste de que trata o artigo se referem a dados de escolaridade, idade, paridade(quantos partos), macrorregião e maternidade de alto risco.

Para seis indicadores de boas práticas e intervenções obstétricas não foram detectadas diferenças segundo a cor da pele no modelo bruto. Dessa forma, não foi constatada desigualdade racial na mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto, presença de acompanhante durante todo o tempo de internação, realização de amniotomia e manobra de Kristeller, amamentação no local do parto e oferta de fórmula láctea para o bebê. (Alves et al. 2021 p.841)

As autoras consideram que esses dados indicam transformação na assistência a saúde com diminuição de discriminação racial. Para seis indicadores o efeito direto da raça nas boas práticas e intervenções obstétricas no trabalho de parto e parto foi significativo mesmo após ajuste para mediadores. Desse modo, pardas e, especialmente, pretas são tratadas de forma diferente em muitos serviços de saúde apenas porque possuem pele de cor diferente e não devido a outras diferenças socioeconômicas, demográficas, regionais ou relativas a serviços de saúde.

Observou-se que na assistência ao parto de mulheres pretas houve menor preenchimento do partograma, apontando para discriminação racial contra essas mulheres. Entretanto, há outras intervenções, como litotomia e episiotomia, que foram realizadas em menor proporção nas pretas. Como as boas práticas

consideram que essas intervenções não devem ser feitas de rotina, de acordo com as normas do MS17, sua menor realização nas mulheres pretas poderia estar indicando um benefício ou privilégio a essas mulheres, uma discriminação “às avessas”, com as brancas recebendo pior tratamento. Entretanto, tais práticas são consideradas “boas” no modelo biomédico intervencionista de assistência ao parto, ainda prevalente na prática de muitos profissionais. Por exemplo, no entendimento de alguns profissionais, o correto seria realizar a episiotomia. Portanto, quando alguns profissionais negam essa intervenção às mulheres pretas, essa negação seria melhor interpretada como evidência de discriminação racial, muito embora essa negação, nesse caso, termine sendo benéfica para essas mulheres. (Alves et al. 2021 p.843)

Na pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada em 2011/2012 a desigualdade racial persistiu para a maioria dos indicadores analisados após o controle de mediadores. No presente estudo, realizado seis anos depois, em 2017, a desigualdade racial desapareceu para a maioria das variáveis estudadas após o ajuste, o que pode indicar uma tendência de redução da discriminação racial nos serviços de saúde. (Alves et al. 2021 p.844)

Mas as autoras chamam atenção para o conjunto de dados das duas amostras e contextos diferentes: “Ou seja, a amostra do presente estudo foi composta de hospitais públicos onde os programas de humanização do parto e nascimento provavelmente estavam implantados há mais tempo e havia maior motivação e desejo de mudança nas práticas assistenciais” (Alves et al. 2021 p. 846).

Em 2020 o mundo assistiu à proliferação do Coronavírus e a milhões de mortes em decorrência do mesmo. No Brasil, até dezembro de 2021 foram computadas mais de 600mil mortes. As mortes foram racial, econômica e geograficamente determinadas. Somada a esses determinantes sociais, a gestação e puerpério se tornaram momentos de maior vulnerabilidade frente às consequências do vírus. Enquanto a taxa nacional de letalidade<sup>12</sup> pelo coronavírus era de 2,8% em meados de 2021, essa mesma taxa era de 7,2% para gestantes e puérperas ou seja, mais que o dobro (Castro, 2021). Já a finais de 2021 essa taxa de letalidade era de 10,4%.

Até dezembro de 2021, segundo o Observatório Obstétrico Brasileiro, foram 1948 mortes registradas de gestantes ou puérperas que contraíram Covid-19. A maior letalidade se concentrou em

---

12 Porcentagem de mortes por pessoas que contraíram o vírus.

mulheres pretas, 14,7% das que contraíram o vírus morreram, enquanto essa porcentagem foi de 10,2% para mulheres brancas (OOBr Covid-19, 2021).

Quando olhamos para a definição de racismo estrutural a simbiose entre vulnerabilidades sociais e morais fica mais evidente. São três aspectos englobados por esta definição: política, economia e subjetividade. O racismo estrutural é uma forma de racionalidade, de compressão das relações, de forma consciente e inconsciente, constitui as relações em seus padrões de normalidade. Nessa estrutura, a morte de corpos negros e indígenas são normalizadas (Almeida, 2016). Assim, o racismo estrutural que foi historicamente instaurado a partir da escravização do povo negro para fins comerciais com a colonização vulnerabiliza sujeitos negres (e indígenas). Do ponto de vista econômico, esses povos estiveram mais de 500 anos tendo o acesso à terra, educação e recursos sendo limitado ou expropriado. Do ponto de vista político, são sujeitos que foram também por séculos impedidos de participar de decisões importantes sobre a regulamentação da sociedade. Já se olhamos para a subjetividade entramos no aspecto da vulnerabilidade moral, onde se reforça esterótipos vinculados a estes corpos, que afeta tanto a psique daquelas que sofrem as consequências materiais diretas do racismo, como daquelas que são beneficiadas pelo sistema. Estes estereótipos contribuem para menos participação ou escuta política, para menor mobilidade social etc.

As vulnerabilidades sociais e morais além de estarem diretamente relacionadas a possibilidade ou não de viver uma vida boa, também refletem em riscos maiores de adoecimento do corpo e mente, entendidos como dois aspectos de um mesmo organismo. Esta realidade foi considerada pela legislação de implementação do Sistema Único de Saúde com o reconhecimento dos determinantes sociais de saúde a partir da concepção de que as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde envolvem fatores como alimentação, trabalho, renda, saneamento básico, acesso a bens, serviços e informação “Tal perspectiva traz uma compreensão mais alargada das ações da política de saúde sobre os múltiplos fatores que incidem no cotidiano de vida dos sujeitos em seus territórios, contribuindo para a promoção ou deterioração dos seus estados de saúde” (Carmo, Michelly Eustáquia do; Guizardi, Francini Lube, 2018 p.2).

Assim, existe um contexto de violência estrutural machista e racista que vulnerabiliza os corpos femininos ou trans masculinos ou não binários<sup>13</sup> que é potencializado quando este corpo gesta e se depara com a assistência a gestação, parto, nascimento e puerpério.

---

13 Corporeidades que podem gestar.

“Pensar as desigualdades no âmbito estrutural, isto é, socio-histórico, significa pensá-las a partir das formas de conceber, gestar, parir e nascer das pessoas negras. Esses fatores não podem ficar fora das análises sobre o corpo feminino negro e sua dinâmica na assistência à saúde com destaque para o período gravídico puerperal.” (Santos, Jussara Francisca de Assis, 2021. p.163)

Outro aspecto que é comumente apontado como um avanço científico na hospitalização do parto é a menor mortalidade infantil. A maior incidência, mais da metade, são por afecções originadas no período perinatal.

A TMI [Taxa de Mortalidade Infantil] do Brasil apresenta declínio no período de 1990 a 2015, passando de 47,1 para 13,3 óbitos infantis por mil NV. Em 2016, observou-se um aumento da TMI, passando para 14,0. De 2017 a 2019, voltou ao patamar de 2015, de 13,3 óbitos por mil NV.(...) As Regiões Norte e Nordeste possuem as maiores médias de TMI, com 16,9 e 15,3 óbitos para cada mil NV, respectivamente para o período de 2017 a 2019. As menores médias da TMI são observadas nas Regiões Sudeste e Sul, com 11,7 e 10,1 óbitos para cada mil NV, respectivamente. Na Região Centro-Oeste, a média da TMI se manteve constante no período, com 13,0 óbitos para cada mil NV. (Brasil, 2021 p. 3)

A maior causa de mortalidade infantil na faixa etária entre 0 (zero) e 6 (seis) dias, registrada no DATASUS em 2019, foi o desconforto respiratório do recém-nascido sendo a causa apontada para a morte de 9,81% do total de óbitos nessa idade naquele ano. A segunda causa com maior incidência por categoria de CID com 9,04% foi “feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual”. Entre essas afecções a hipertensão é uma delas. A terceira maior causa registrada como responsável por 8,06% de óbitos foi “transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer não classificados em outra parte”, que como o nome aponta, está relacionado a prematuridade.

Outras três causas se destacam na sequência com frequência semelhantes: “septicemia bacteriana do recém-nascido” apontada como causa de 7,04% dos óbitos de 0 a 6 dias; “feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez” apontado como causa de 6,84%; “feto e recém-nascido

afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas” causa de 6,5% das mortes em 2019 (DATASUS, 2021)<sup>14</sup>.

A diminuição do número de partos por cesáreas é uma das metas de algumas políticas nacionais, como a Rede Cegonha. O parto cesariano sem indicação está relacionado com maiores índices de mortalidade materna e morbidade (Mascarello Keila Cristina, Horta Bernardo Lessa, Silveira Mariângela Freitas, 2017) e mortalidade neonatal, além de representar mais gastos financeiros para a administração pública. Um estudo feito em uma regional de Goiás analisou o período de 2011 a 2015 onde houve aumento da mortalidade materna, diminuição da mortalidade infantil, e aumento do número de cesáreas. As autoras refletem sobre a coincidência entre o aumento de cesáreas e aumento de mortalidade materna (lembrando que não é possível ver pelos dados disponíveis no DATASUS o tipo de parto que originaram as mortes) e consideram que “é possível notar como a saúde do recém-nascido tem sido priorizada em relação aos cuidados com a saúde da mulher” (Assis, Thaís Rocha et. al. 2019 p.850).

Tabela 3: Nascimento por residência da mãe por Ano do nascimento segundo Local ocorrência Período: 2015-2020. Brasil.

Local ocorrência	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
<b>TOTAL</b>	3.017.668	2.857.800	2.923.535	2.944.932	2.849.146	2.730.145	17.323.226
Hospital	2.969.946	2.810.216	2.878.089	2.900.269	2.805.889	2.684.834	17.049.243
Outro Estabelecimento de Saúde	21.516	21.151	18.748	18.200	17.320	17.462	114.397
<b>Domicílio</b>	19.085	19.445	19.661	18.706	17.988	19.691	114.576
Aldeia indígena	2.454	2.123	1.830	2.581	2.353	2.217	13.558
Outro	4.539	4.770	4.955	5.084	5.462	5.768	30.578
Ignorado	128	95	252	92	134	173	874

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Tabela 4: Porcentagem de nascimentos em domicílio no Brasil entre 2015 e 2020.

2015	2016	2017	2018	2019	2020
0,63%	0,68%	0,67%	0,63%	0,63%	0,72%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Elaboração Própria.

<sup>14</sup> Os dados acerca das causas de mortalidade infantil foram calculados a partir dos dados do DATASUS: Óbitos p/Residência por Fx.Etária Menor 1A segundo Categoria CID-10 Período: 2019. A porcentagem foi calculada com (número total de casos em cada categoria x 100) / 18.402 (número total de óbitos de 0 a 6 dias em 2019).

Os dados acerca da quantidade de nascimentos em domicílio no Brasil apontam para um percentual bastante baixo de partos domiciliares, menos de 1% dos partos nos últimos 5 anos. Embora a porcentagem seja baixa, em números absolutos se aproxima a vinte mil partos por ano que ocorreram em domicílio. Nota-se que em 2020, ano em que vivemos a pandemia originada pelo coronavírus, houve um aumento do percentual de partos domiciliares.

A ideia de trazer este panorama nacional é aliar dados epidemiológicos com as reflexões trazidas a partir da pesquisa qualitativa, ainda que esses dados não sejam uma representação fidedigna da realidade, lembrando que passam por diversos filtros subjetivos desde a coleta. Esse mapa ajudará nos debates que seguem.

## 6. O território: espécies nativas e sementes crioula

Na galáxia via láctea, em um planeta azul distante 149 600 000km do sol com um satélite lua que o acompanha, em um continente banhado pelos oceanos pacífico e atlântico, ao centro-sul deste continente em uma área distante dos oceanos, no bioma conhecido como Cerrado está o município de Cavalcante.

Cavalcante é uma das cidades históricas de Goiás. Com uma população de aproximadamente 10.000 habitantes, surgiu em 1740, como vila, fundada por Diogo Teles Cavalcante, numa região cercada por morros e serras, conhecida pela grande quantidade de ouro, explorado durante muitos anos. (Costa, Vilmar Souza, 2013 p. 53)

Cavalcante município de Goiás, está localizado a nordeste do Estado, na Chapa dos Veadeiros. Com 6.956,082km<sup>2</sup> de área territorial e população estimada segundo IBGE de 9.725 pessoas, sendo que o SENSO de 2010 contou 9.392 pessoas. Com densidade demográfica de 1,35 hab/km<sup>2</sup>.

Diz-se que o primeiro povoamento de Cavalcante foi São Félix onde havia uma mina de ouro e aproximadamente 9 mil pessoas trabalhando por volta de 1722 (Costa, 2013; dona Cecília, 2020).

Tendo-se algum mapa antigo de Goiás-Tocantins sob os olhos, pode-se verificar com clareza e uma lógica impressionante o formato linear e ganglionar da rede de arraiais e vilarejos coloniais pontuando os caminhos que levavam a Villa Boa (cidade de Goiás), Cuiabá, Trayras (Tupiraçaba, hoje distrito de Niquelândia), Cavalcante, Arraias, Natividade e Porto Real. (Teixeira Neto, Antônio, 2006 p.22)

O arraial de São Félix teve provavelmente grande força, já que está presente em vários registros. Já ouvi histórias das mais velhas e mais velhos da região que esse arraial era super povoado, muito grande, com muita gente mesmo. E aí chegou um padre negro e muitas pessoas viraram a cara e não aceitaram a presença do padre. Em algumas versões contam que ele foi assassinado, em outras que ele foi expulso e foi embora. E aí, em maldição por esse fato, o arraial foi alagado e acabou a abundância de ouro que havia ali. São Domingos também aparece nos registros como arraial.

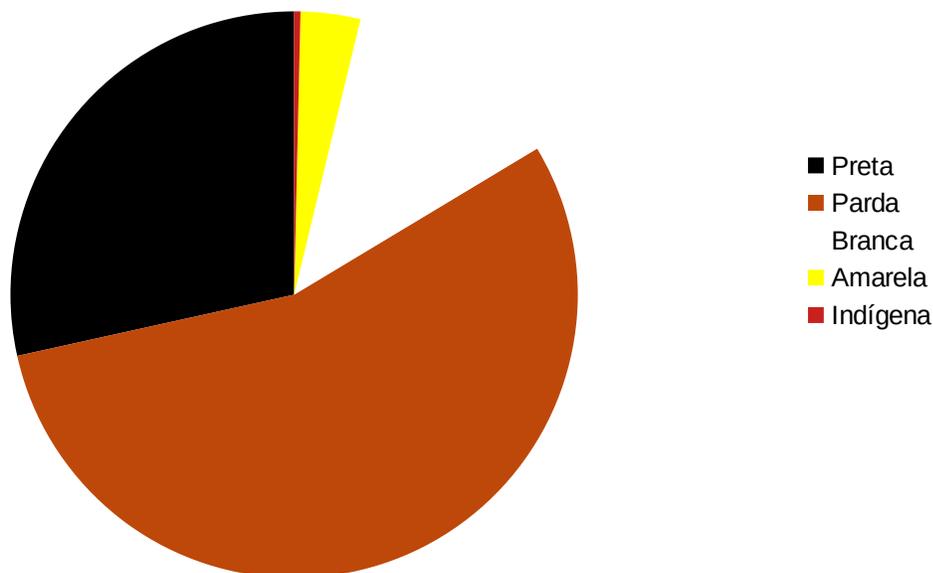
Em 1831, tornou-se distrito.

Um mapa desatualizado de Cavalcante, o censo de 2010 aponta que apenas 15% das residencias contam com saneamento adequado. Índice de Desenvolvimento Humano em 0,58, e 2.675 domicílios distribuídos igualmente entre zona rural e urbana (IBGE, 2010).

Com base nos dados de 2010, 83,55% da população é negra, sendo 28,44% preta e 55,1% parda; 0,36 indígena, 12,6 % branca e 3,40% amarela.

Gráfico 1: População por raça/cor Cavalcante

População por raça/cor Cavalcante IBGE 2010



Fonte: IBGE, 2010. Elaboração própria.

A principal atividade de trabalho registrada no município é agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura (32,88%), seguido de administração pública, defesa e seguridade social (10,02%); construção e educação ambos com 8,48%, serviços domésticos com 8,35%, Atividades mal especificadas com 4,1% e todas as outras atividades sugeridas pelo IBGE correspondem juntas a 27,69%.

Principal Atividade de Trabalho no Município

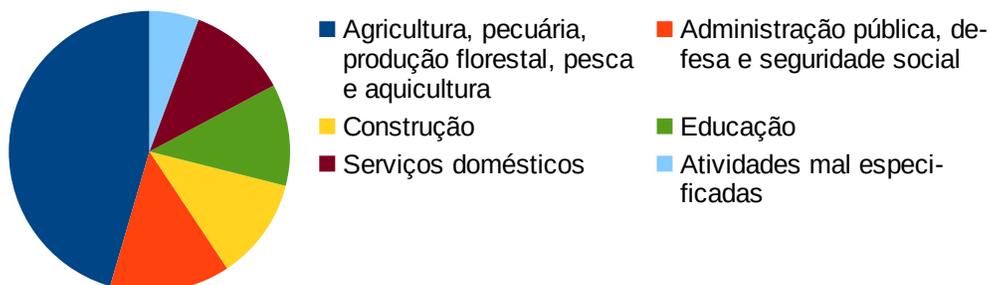


Gráfico 2:  
Principal  
atividade de  
trabalho em  
Cavalcante.

Fonte: IBGE, 2010. Elaboração própria.

Cavalcante hoje possui mais de 120 cachoeiras catalogadas, lindos mirante, cavernas e um potencial muito grande para o turismo de aventura, muitas dessas belezas naturais estão intactas não vista ainda por pessoas que vem de fora, ou seja não esta disponíveis ao turista. (Costa, 2013 p. 53)

Cavalcante em 2020 elegeu Vilmar Costa kalunga como prefeito. Este município abarca parte do território quilombola Sítio Histórico Kalunga. Habitado há 350 anos pelo povo Kalunga (Costa, 2013).

O que sabemos é que essa área que ocupamos há mais de 300 anos, só foi reconhecida em 1991, pelo Governo do Estado de Goiás como Sítio Histórico e patrimônio cultural kalunga, que também é parte do patrimônio histórico e cultural do Brasil. (Costa, 2013, p. 15)

Um dos documentos mais citados por pesquisadoras e pesquisadores do território remota a 1760 onde o governador João Manoel de Mello fala de quilombos nas margens do Paranã, e fala inclusive que foram aniquilados após seus reis e rainhas lutarem (vários *apud* Marinho, 2008).

As comunidades kalunga se formaram com pessoas escravizadas que fugiam do litoral e desse arraial em São Félix pra se esconder nos grotões e vãos da Serra do Vale do Paranã. Conta o senhor Florentino que os mais velhos conta que os antepassados vieram da Bahia e de Minas e escolheram um lugar de difícil acesso e que tinha abundância de caça e peixe. O povo kalunga viveu isolado aí por aproximadamente 190 anos. Em 2013 eram 5 mil quilombolas no território (Costa, 2013).

Este território configura oficialmente o maior quilombo do Brasil tendo 253.000 hectares e pega os municípios de Cavalcante, Teresina e Monte Alegre de Goiás. O território é dividido em quatro comunidades: Vão de Almas, Vão do Moleque, Ribeirão dos Bois (Teresina-GO) e Contenda (Monte Alegre de Goiás) (Costa, 2013). Embora exista também outras referências territoriais menores. Nos últimos 5 anos houve também um processo de reconhecimento de outras comunidades rurais de Cavalcante como quilombola também pelo vínculo que tem com o kalunga, é o caso de São Domingos e Capela. Nas entrevistas que realizei muitas das mulheres eram filhas ou netas de pessoas que viam do território kalunga, Vão do Moleque ou Vão de Almas e migraram para outras zonas rurais.

Em 2013, a partir de dados levantados com agentes de saúde, era aproximadamente 5.650 mil pessoas que são kalunga no município de Cavalcante, das 9 a 11 mil pessoas do Quilombo (Costa, 2013).

## 6.1 História e contexto atual do parto em Cavalcante

Os nossos antepassados aprenderam a conhecer o ambiente ao seu redor e distinguir no meio do mato o que serviria ou não para o seu sustento. Para garantir o alimento, passaram a observar e a reconhecer o tempo das chuvas, lua e os sinais da seca. Tudo isso era necessário para saber regular o plantio das roças, por exemplo. Aprenderam a caçar para quando faltasse a carne do gado que eles mantinham nos pastos nativos e das galinhas criadas na beira da casa. (Costa, 2013 p. 25)

Este território hoje é abundante em vida graças aos saberes e fazeres amefricanos em todas as áreas do conhecimento, inclusive o parto. Uso o termo amefricanos inspirada por Lélia Gonzalez (1988) e por escutar os relatos desta terra desde o momento em que pisei nela de todas as pessoas mais velhas que contam dos *índios que rudiava as casa e tocava gaita*; da memória das véia que lia no cachimbo a história do parto, das história das avó que foi amansada, das história de como foi os índio que ajudô os negô a usar as plantas daqui.

meus pais sempre falavam que os índios andavam muito por aqui no verão. Mas na época da chuva, trovejava eles tornavam a mudar tudo. Inclusive eu tinha uma tia que construiu fora um jirauzinho<sup>15</sup> e que deu pra dar comida pra eles. Eles vinham todo dia e comiam. Aí eles aprenderam a comer a comida que ela colocava lá e eles traziam caça, pássaros, e colocam lá pra ela, pra agradecer ela. Quando dava o dia de trovejar e eles pensavam em ir embora, passava a noite inteira fazendo movimento, tocando gaita ao redor da casa, faziam aqueles movimentos porque eles pediam a deus, segundo ela não é? (Faustino dos Santos Rosa *apud* Magalhães, Nancy Alessio, 2013 p. 35)

Antigamente a gente dormia e acordava e via os indígenas dançando esse mesmo batuque que a gente dança hoje. Eles dançavam na porta a noite. Aprendemos um pouco com eles. (Natalina dos Santos Rosa- dona Dainda *apud* Magalhães, 2013 p.35).

---

15 Jiral é um suporte feito geralmente de madeira do lado de fora e perto da casa, parecido com uma mesa mais alta. É usado como apoio para as coisas da cozinha, as vezes é onde se põe bacia para lavar a louça, as vezes é onde fica a louça secando, as vezes é para apoiar a comida mesmo.

Sabemos que por ter tido muitas ligação e entrosamentos com os índios nós herdamos muitas coisas deles, como por exemplo: o modo de nós fazer as nossas roças, as moradias, a caça e pesca. (seu Florentino 67 anos *apud* Costa, 2013 p.40)

O mais provável é que esses índios sejam *Ãwa* – *Avá-Canoeiro*, embora também possa ser pessoas de outros povos que viam fugindo do litoral e outras regiões.

Segundo a literatura histórica, os antigos “Canoeiro” da bacia do Rio Tocantins, povo de língua tupi, preferiam a morte a se render ao inimigo e assim ficaram famosos como o povo que mais resistiu ao colonizador no Brasil Central, recusando-se terminantemente a estabelecer qualquer contato pacífico. (Rodrigues, Patrícia de Mendonça, 2021)

Um dos grupos *Avá* que permaneceu próximo a região, passou muito tempo fugindo nas matas, na segunda metade da década de 80 foram contactados pela FUNAI e tiveram uma terra reconhecida entre os municípios de Colinas do Sul e Niquelândia (Rodrigues, 2021).

Busquei dados no Sistema de Nascidos Vivos que trouxessem um panorama geral sobre partos em Cavalcante. A ideia é que esse mapeamento dialogue com a história contada pelas parteiras, mulheres e pessoas entrevistadas. É importante lembrar que, se hoje, que quase todas as comunidades possuem Agentes Comunitários de Saúde agora com *tablet* para coletar dados que serão sincronizados com um sistema geral, ainda existe tanto subnotificações quanto marcadores apontados de forma subjetiva e variável, imagina há 20 anos atrás? Esses dados precisam ser olhados com essa ponderação, provavelmente muitos partos domiciliares atendidos por parteiras não eram registrados. Ainda assim, acredito que represente de alguma maneira a realidade do município e pode auxiliar na construção dessa história.

Os dados disponíveis em 2022 era dos anos de 1994 a 2020. Em 1999 foi o ano com maior número de partos em Cavalcante, sendo que o parto domiciliar manteve a média aproximada de 15%, chama a atenção o grande número de assistência ao parto hospitalar no município nessa época. Em 1998 também essa taxa foi alta, embora não tanto quanto 1999. Com as entrevistas não foi possível relacionar esse dado com algo concreto que tenha acontecido nesse ano.

Em 2005 e 2006 sobe drasticamente o percentual de nascimentos fora do município, de mulheres residentes em Cavalcante. Nos anos anteriores, exceto 1994, não passava de 20% os partos fora do município; em 2005, 44,84% dos nascimentos foram fora do município e, em 2006 foram 41,8%. Em

2007 e 2008 essa porcentagem decaiu um pouco para 23,38 e 26,95 respectivamente, e em 2009 torna a subir para 48,2%. Em 2010 é o primeiro ano que se registra maior número de nascimentos fora do município do que no município (52,4%). A partir deste ano todos os posteriores registram maior número de nascimentos fora do município. Sendo que no ano de 2013 sobe pra margem dos 80%; e o ano de 2019 é o que computa maior número de nascimentos fora do município: 87,3%. Neste ano provavelmente apenas 16 pessoas nasceram em Cavalcante. Em 2020 este percentual torna a cair para 69,2%. Provavelmente o aumento do número de partos em Cavalcante, e não em outros municípios, voltando a padrões de antes de 2012, está relacionado com a pandemia do Covid-19. Cavalcante manteve uma política de “fechar portas” bloqueando a entrada de pessoas que não fossem residentes, e *lockdown* de março até o final do ano 2020. Neste período não houveram casos registrados de pessoas que haviam contraído o vírus. E a maioria das e dos moradores, incluindo gestantes, estavam evitando sair do município e arriscar um contágio.

Tabela 5: Nascimento por Ano do nascimento segundo Local de ocorrência; Por ocorrência e por residência da mãe. Município: Cavalcante Período: 1994-2006

<b>Local ocorrência</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<u>TOTAL por ocorrência</u>	68	151	131	159	153	196	134	148	153	130	130	107	114
<u>TOTAL por residência da mãe</u>	118	189	180	181	174	203	178	189	191	172	166	194	196
<u>Hospital por ocorrência</u>	26	125	112	121	147	165	103	127	146	118	109	90	96
<u>Hospital por residência da mãe</u>	75	164	160	142	168	172	143	168	183	158	144	177	177
<u>Outro Estabelecimento de Saúde por ocorrência</u>	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>Outro estabelecimento de saúde por</u>	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-

<u>residência da mãe</u>													
Domicílio por ocorrência	42	22	19	35	6	30	30	20	7	12	20	17	18
Domicílio por residência da mãe	43	22	20	37	6	30	32	20	7	12	20	17	18
Outro por ocorrência	-	-	-	2	-	1	1	1	-	-	1	-	-
Outro por domicílio da mãe	-	-	-	2	-	1	1	1	1	2	1	-	1

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, DATASUS, 2022.

Elaboração própria.

Tabela 6: Nascimento por Ano do nascimento segundo Local ocorrência. Por ocorrência e por residência da mãe. Município: Cavalcante. Período: 2006-2020

<b>Local ocorrência</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>				
TOTAL por ocorrência	154	103	100	79	59	45	31	16	33	19	36	35	16	44
TOTAL por residência da mãe	201	141	168	166	139	144	156	123	144	140	140	149	126	143
Hospital por ocorrência	137	97	98	77	55	35	27	13	31	10	34	32	16	40
Hospital por residência da mãe	184	134	166	165	135	133	154	116	141	132	135	145	123	130
Outro	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2

Estabelecimento de Saúde por ocorrência														
Outro Estabelecimento de Saúde por residência da mãe	-	-	-	-	-	1	-	1	2	-	1	-	1	11
Domicílio por ocorrência	15	6	2	1	3	3	1	-	1	8	2	3	-	2
Domicílio por residência da mãe	15	7	2	1	3	3	1	1	-	8	2	3	-	2
Outro por ocorrência	2	-	-	1	1	7	2	3	1	1	-	-	-	
Outro por residência da mãe	2	-	-	-	1	7	1	5	1	-	2	1	2	

Fonte: Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, DATASUS, 2022. Elaboração própria.

Tabela 7: Nascimentos fora de Cavalcante: 1994-2006

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003			
Nascimentos fora de	50	38	49	22	21	7	44	41	38	42	33	87	82

Cavalcante em números absolutos														
Nascimento fora de Cavalcante em porcentagem	42,37%	20,1%	27,2%	12,1%	12,0%	3,44%	24,7%	21,6%	19,8%	24,4%	19,8%	44,84%	41,8%	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, DATASUS, 2022.

Elaboração própria.

Tabela 8: Nascimentos fora de Cavalcante- 2007-2020

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nascimentos fora de Cavalcante em números absolutos	47	38	68	87	80	99	125	107	111	121	121	114	110	99
Nascimento fora de Cavalcante em porcentagem	23,4%	26,9%	48,2%	52,4%	57,5%	68,75%	80,1%	86,9%	77,0%	86,4%	86,4%	76,5%	87,3%	69,2%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, DATASUS, 2022 .

Elaboração própria<sup>16</sup>.

16 Foi feito o seguinte calculo para essa aproximação: número de nascimentos por residência da mãe [menos] número de nascimentos por ocorrência em Cavalcante. A porcentagem foi feita em cima do número total de nascimentos por residência da mãe.

**Tabela 9:** Comparação de dados do registro civil de nascidos vivos e de registro de ocorrência de nascidos vivos por domicílio da mãe no município de Cavalcante. Anos de 2015 a 2021.

Ano	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Número de registros civis de nascimento	147	128	135	140	118	129	119
Total de nascidos vivos__por residência da mãe	201	141	168	166	139	144	156

Fontes: Registro civil: Arpenbrasil- Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais. Nascidos vivos: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Pela tabela anterior podemos notar que o número total de registro civil de nascimento no município de Cavalcante é menor que o de nascimentos por residência da mãe, registrado pelo Ministério da Saúde. Dá pra inferir desse dado que filhas de Cavalcante estão sendo registradas como se fossem de outros municípios, ainda com a alteração da lei de registro civil ocorrida em 2017 que possibilita o registro de naturalidade do município de residência da mãe ainda que o parto não tenha ocorrido ali.

Art. 54 (...)§ 4º A naturalidade poderá ser do Município em que ocorreu o nascimento ou do Município de residência da mãe do registrando na data do nascimento, desde que localizado em território nacional, cabendo a opção ao declarante no ato de registro do nascimento. ( Brasil, 2017)

Estes dados apontam para uma desterritorialização do nascimento no município. Hoje a maior parte das/dos/des cavalcanteses nasce fora do território. Esta transformação tem implicações para a saúde das mulheres e pessoas gestantes, para as redes comunitárias de cuidado, para as/os/es familiares, para o vínculo com o território que serão abordadas em maiores detalhes no capítulo 7.

**Tabela 10:** Porcentagem de nascimentos em domicílio por ocorrência no município de Cavalcante. Anos de 1994 a 2006.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nascimento por domicílio por ocorrência	42	22	19	35	6	30	30	20	7	12	20	17	18

absoluto														
Porcentagem do total(nascimentos em domicílio por ocorrência	61,7 %	14,5 %	14,5 %	22,0 %	3,9%	15,3 %	22,3 %	13,5 %	4,5%	9,2%	15,3 %	15,8 %	15,7 %	
Porcentagem de nascimentos em domicílio por ocorrência por número total de nascimentos por residência <sup>17</sup>	35,6 %	11,6 %	10,5 %	19,3 %	3,4%	14,7 %	16,8 %	11,2 %	3,6%	6,9%	12,0 %	8,7%	9,1%	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. DATASUS, 2021. Elaboração própria.<sup>18</sup>

Tabela 11: Porcentagem de nascimentos em domicílio por ocorrência no município de Cavalcante. Anos de 2006 a 2020.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nascimento por domicílio por	15	6	2	1	3	3	1	-	1	8	2	3	-	2

<sup>17</sup> A porcentagem foi obtida pela ponderação entre o número total de registros de nascimentos por residência da mãe e o número total de registros de nascimento em domicílio por ocorrência. Optou-se pela escolha dos registros em domicílio ser por ocorrência pois é possível que partos de pessoas de Cavalcante ocorram em domicílio em outras cidades.

<sup>18</sup> Os dados de nascimento por domicílio diferem pouco quando vemos os registros *por ocorrência* e *por residência da mãe*. Para os valores acima considerou-se nascimentos em domicílio por ocorrência sobre o número total de partos *por ocorrência*. Essa escolha foi para chegar o mais próximo possível dos dados sobre nascimento no município, ou seja, refere-se aos nascimentos que ocorreram aqui.

ocorrência absoluto														
Porcentagem do total	9,7%	5,8%	2%	1,2%	3,7%	6,6%	3,2%	0%	3,0%	42,1%	5,5%	8,5%	0%	4,5%
Porcentagem de nascimentos em domicílio por ocorrência por número total de nascimentos por residência	7,4%	4,2%	1,1%	0,6%	2,1%	2,0%	0,64%	0%	0,69%	5,7%	1,4%	2,0%	0%	1,4%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. DATASUS, 2021. Elaboração própria.

Percebe-se que houve uma virada considerável no número de nascimentos em domicílio nos anos de 2008, 2009 e 2010. Em 1994 os registros apontam para 61,7% dos nascimentos em Cavalcante serem em domicílio. Entre 1995 e 2007 as porcentagens oscilam entre a maior em 1999 (22,3%) e a menor em 1997(3,7%), tendo como média aproximada 14,5%. A partir de 2008 (5,8%) a porcentagem cai consideravelmente, nunca passando de 10% dos nascimentos ocorridos em Cavalcante, e de 2% dos partos de mulheres residentes do município, e em muitos anos (2009,2010,2011,2013,2014,2015,2019) menor que 5%. O ano de 2016 destoa completamente de todos, tendo sido registrados 42,1% dos nascimentos em Cavalcante em domicílio, que corresponde 5,7% dos nascimentos de mulheres residentes em Cavalcante que pariram naquele ano.

Observando esses dados, e considerando que ainda que haja falhas no registro dos mesmos eles refletem de alguma maneira a realidade, e em consonância com os relatos das parteiras, percebo que foi aproximadamente em 1995 quando houve uma virada de maior número de partos em ambiente hospitalar. E em 2010, mesmo ano em que se registrou maior número de partos fora do município é quando decaí mais ainda os partos domiciliares. Em agosto de 2009 ocorreu a morte de uma gestante em

trabalho de parto na romaria da comunidade Vão de Almas<sup>19</sup>, algo que impactou bastante a comunidade e foi narrado como motivo para as decisões de parto em ambiente hospitalar.

Escutei de algumas parteiras que a razão pela qual elas não acompanhavam mais partos era porque as meninas estavam engravidando ainda muito jovens, o que implicaria mais riscos tanto por conta das condições físicas de “um corpo não completamente formado” como por questões de comportamento, pois elas não seguiriam as recomendações. Quando procurei a Escola Estadual para a pesquisa, a diretora e algumas professoras logo levantaram a “problemática da gravidez na adolescência”.

Essas circunstâncias me levaram a buscar dados de idade de parição com um recorte racial no município, e para melhor entender a particularidade de Cavalcante, os dados nacionais. Segue esse detalhamento, contudo é importantíssimo colocar um ressalva no que diz respeito a obtenção desses dados. São dados oficiais do Ministério da Saúde coletados a partir da Declaração de Nascidos Vivos coletadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde (DATAUS, 2017). O campo raça/cor refere-se, aparentemente, somente ao bebê.

O campo raça/cor foi inserido no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) em 1996. O preenchimento ficava a critério do/a profissional de saúde que podia perguntar à mãe ou pai ou simplesmente preencher por meio de observação (Júnior, Edmilson Bezerra do Nascimento, 2020). A Portaria nº344 de 1º de fevereiro de 2017 do Ministério da Saúde explicita que a marcação deste campo deve ser por autoidentificação e que no caso de recém nascidos cabe à pessoa responsável pelo/a bebê identificar a cor. Além dessa portaria ser recente, acessei outros documentos, por exemplo um manual da Secretaria de Saúde de São Paulo que orientava sobre preencher segundo a cor da mãe. Ainda que se tenha esse desafio quanto a correspondência real dos dados, para possibilitar uma análise que leve em consideração a questão racial e etária, vou considerar que a identidade racial apontada para as e os nascidos vivos é igual a de suas mães.

Tabela 12: Nascimento por residência da mãe por Cor/raça segundo Idade da mãe [Nascidos vivos – Brasil]. Período: 2019

Idade da mãe	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
TOTAL	964557	176224	12738	1594267	26373	74987	2849146

19 Importante evento na região, que reúne pessoas de todas as áreas do município em uma semana de reza e festa.

	33,8%	6,1%	0,44%	55,95%	0,92%	2,63%	
Menor de 10 anos	1	-	-	2	-	-	3
10 a 14 anos	3300 17,07%L 0,34% C	1028 5,3%L 0,58%C	34	13611 70,41%L 0,85%C	860 4,44%L 3,2%C	497	19330 0,67%
15 a 19 anos	91457 22,8% L 9,4% C	23241 5,8%L 13,1%C	1386	267358 66,85%L 16,7%C	6767 1,6%L 25,6%	9713	399922 14,03%
20 a 24 anos	197394 28,3%L 20,4%C	44241 6,3%L 25,1%C	2735	428264 61,04%L 26,8%C	7191 1,03%L 27,2%C	17653	697478 24,4%
25 a 29 anos	229965 34,09%L 23,8%C	43052 6,3%L 24,4%	2832	375522 55,6%L 23,55%C	5150 0,76%L 19,52%C	17906	674427 23,67%
30 a 34 anos	241310 40,4% L 25,01%C	36350 6,08%L 20,62%C	3069	296122 49,59%L 18,5%C	3529 0,59%L 13,3%C	16739	597119 20,95%
35 a 39 anos	160576 44,1%L 16,64%	21930 6,02%L 12,4%C	2108	167471 45,99%L 10,5%C	2137 0,58%L 8,10%C	9883	364105 12,77%
40 a 44 anos	38182 41,9%L 3,9%C	5988 6,5%L 3,39%C	535	43243 47,5%L 2,7%C	615 0,67%L 2,33%C	2405	90968 3,19%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. DATASUS, 2021. Elaboração própria. L se refere a porcentagem da linha; C se refere a porcentagem na coluna.

Interessante notar que: a nível nacional a faixa etária com maior número de nascimentos de pessoas brancas é entre 30 e 34 anos (25,01% das pessoas brancas que tiveram filhos em 2019 estão nessa faixa etária); enquanto para pessoas negras (25,1% pretas e 26,8% pardas) e indígenas é entre 20 e 24 anos. A faixa de maior representatividade nacional é entre 20 e 24 anos, seguida da faixa entre 25 e 29 anos.

O número de nascimento por mulheres na faixa etária entre 15 e 19 anos é extremamente maior na população indígena, sendo que 25,6% do nascimento de indígenas foi com mães nessa faixa etária;

seguida da população parda, que os partos de mulheres nessa faixa etária soma 16,7%. Sendo que a média nacional é de 14,03%.

O ato sexual com meninas menores que 14 anos é considerado estupro presumido, sendo inclusive nesse caso o aborto legal um direito das meninas. A realidade nacional é bastante triste, no ano de 2019 foram 19333 meninas estupradas que engravidaram e pariram. A proporção de meninas menores de 14 anos que tiveram filhos em 2019 é muito maior nas populações negra (especialmente parda) e indígena. 70,41% dos nascidos vivos de mães de 10 a 14 anos são pardes, sendo que essa população representa 55,95% des nascides vives em 2019; e 4,44% são indígenas, sendo que essa população representa 0,92% des nascides vives em 2019. Um recente estudo da Rede Feminista de Saúde fez um panorama nacional dos últimos 10 anos sobre essa temática, onde apresenta recomendações para ações multissetoriais e especialmente para a importância de se considerar a gravidade desses dados e a gestação nessa faixa etária como estupro presumido (REDE Feminista de Saúde, 2021).

Em Cavalcante em 2019 foram duas meninas (5,2%) nessa situação. É importante ressaltar que o município teve recentemente fortes denúncias de abuso sexual infantil. Na pesquisa de campo eu entrevistei uma menina de 14 anos com bebê recém nascido. Uma das perguntas que realizei às enfermeiras e enfermeiro que realizam pré-natal foi se elas informavam às meninas sobre o estupro presumido e a possibilidade do aborto legal. Algumas disseram que a maioria delas já chega na consulta com a gestação avançada, não cabendo portanto tal procedimento. Uma enfermeira me questionou como esse direito poderia ser garantido a essa menina, e afirmou que não havendo um caminho efetivo da garantia do direito, era melhor nem mencioná-lo. Uma chegou a argumentar que há consentimento das meninas, que ela não se deparou com nenhuma situação onde não houvesse consentimento. Esses dados apontam para a necessidade de debates acerca da violência contra meninas entre profissionais da saúde; e de elaboração de informativo acerca do direito ao aborto legal, com os caminhos para que se possa ter acesso a ele.

Tabela 13: Nascimento por residência da mãe por Cor/raça segundo Idade da mãe. Município: Cavalcante. Período: 2019

<b>Idade da mãe</b>	<b>Branca</b>	<b>Preta</b>	<b>Amarela</b>	<b>Parda</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Total</b>
TOTAL	5 3,96%	38 30,15%	1 0,79%	72 57,14%	10 7,93%	126

10 a 14 anos	-	2 100%L <b>5,2%C</b>	-	-	-	2 1,58%
15 a 19 anos	1 3,2%L <b>20%C</b>	8 25,8%L <b>21,05%C</b>	-	18 58,06%L <b>25,00%C</b>	4 12,9%L <b>40%C</b>	31 24,60%
20 a 24 anos	1 2,77%L <b>20%C</b>	10 27,77%L <b>26,3%C</b>	-	23 63,88L <b>31,94%C</b>	2 5,55%L <b>20%C</b>	36 28,57%
25 a 29 anos	1 5%L <b>20%C</b>	6 30%L <b>15,7%C</b>	-	11 55%L <b>15,27%C</b>	2 10%L <b>20%C</b>	20 15,87%
30 a 34 anos	2 10,52%L <b>40%C</b>	7 36,84%L <b>18,42%C</b>	1 5,2%L <b>100%C</b>	9 47,36% <b>12,5%</b>	-	19 15,07%
35 a 39 anos	-	4 33,33%L <b>2,63%C</b>	-	7 58,33%L <b>9,72%C</b>	1 8,33%L <b>10%C</b>	12 9,52%
40 a 44 anos	-	1 20%L <b>0,52%</b>	-	3 60%L <b>4,16%C</b>	1 20%L <b>10%C</b>	5 3,96%
45 a 49 anos	-	-	-	1 100%L <b>1,38%C</b>	-	1 0,79%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. DATASUS, 2021. Elaboração própria.

Das tabelas acima nota-se que 40% das mulheres brancas que pariram e eram residentes de Cavalcante em 2019 tinha entre 30 e 34 anos. Enquanto essa faixa etária representa 18,42% dos partos de mulheres pretas e 12,5% de mulheres pardas. A maior concentração de partos por idade das mulheres pretas e pardas é entre 15 e 24 anos. 47,35% das mulheres pretas e 56,94% das pardas que pariram em 2019 estavam nessa faixa etária. Esta faixa etária tem o mesmo número de partos de mulheres brancas entre 30 e 34 anos.

Ressalta-se que se em 2019 a idade com maior número de partos foi de 20 a 24 anos, nos anos anteriores a faixa etária com maior número de nascimentos no município foi entre 15 e 19 anos, com 28,18% no ano de 2018 e quando comparamos com a realidade nacional é nítido como a idade reprodutiva real das mulheres em Cavalcante é mais baixa que a nacional. Isso pode estar relacionado a

inúmeros fatores, e pra além de um julgamento moral de qual a melhor idade para gestar, certamente essa realidade interfere na possibilidade de estudos formais e uma capacitação que permita melhores salários para as mulheres. E pode ser um sinal de agravamento do racismo institucional.

Por outro lado pode simplesmente indicar uma cultura específica, onde é desejável ter filhos jovem quando se tem bastante energia para cuidar de crianças e as avós também tem mais condições físicas para apoiar. Não é objetivo desta tese nem entender a razão pela qual há uma alta taxa de mulheres jovens parindo, nem se isso constitui ou não um problema. Mas sim marcar que isso ocorre. Muitas parteiras mencionam que as meninas estão engravidando muito jovens e isso implica em risco para gestação, e as vezes apontam para a falta de maturidade das mesmas para seguir os cuidados. Contudo, pelas entrevistas, essa faixa etária dos 15 ao 19 anos para primeira filha parece não ter alterado muito. Talvez a alteração tenha sido dentro dessa faixa etária, antes as mulheres tinham filhas mais entre 17 e 19 anos e talvez hoje tenha mais entre 15 e 17. Mas isso não é possível confirmar pelos dados acessíveis.

[as menina da sua época não engravidava nessa idade não?] não! era com 16, 17 anos. (moradora da Prata, 77 anos, 13 filhas nascidas em mãos de parteira)

se ela tiver estudando ela vai ter que parar de estudar, e se ela parar de estudar hoje não tem nada na vida. Eu ao menos, eu não tive estudo, mas minha mãe ensinou a fazer o trabalho de casa, o trabalho do Cerrado, e as coisas do Cerrado, e to trabalhando até hoje e passando essa relação para homi e mulher de meus filhos, se eu saí para um lugar aí eu falo pra eles, bora fazer isso que é para aprender a fazer isso, e seu eu morrer vocês fica aí sem saber, e tem os netos vai dizer 'vó não me ensinou', então vamos fazer igual comigo. (moradora Vão de Almas, 53 anos, filha de parteira, mãe de 8)

Ela comenta sobre hoje as meninas engravidar mais novas que antes: “as menina de antigamente de 10 anos, 11 anos, ela não ir no bar, e se fosse, ia acompanhada de alguém, ela não ficava. Hoje menina de 6, 7 anos já amanhece no forró. A mãe detia por lá e a menina amanhece no forró. Hoje a coisa tá melhor e tá mais ruim. Só que eu sempre correndo atrás das minha.”

Importante ressaltar que parte das ações de pré-natal sinaladas na Rede Cegonha é o apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico (BRASIL, 2017). Uma reclamação

recorrente nas entrevistas foi a dificuldade de transporte para as consultas pré-natal. As gestantes precisam arcar com os custos de transporte. O município não tem transporte público, uma grande parte da população reside na zona rural com distâncias consideráveis e estrada de chão com infraestrutura muitas vezes precária.

Em boa parte do território kalunga as casas são distantes umas das outras, o que dificulta inclusive o apoio da própria comunidade para o transporte particular. O transporte nas comunidades Capela, Rio Preto, São Domingos e São José é realizado por meio de contato com moradoras/es que possuem carro/camionete/moto mediante auxílio com combustível, na maior parte das vezes. Já o transporte nas comunidades Vão de Almas e Vão do Moleque (incluindo a região do Prata) é feita por particulares que fazem “a linha”, no Vão de Almas uma ou duas vezes na semana e no Vão do Moleque de forma menos periódica. Uma ou duas vezes ao mês a prefeitura disponibiliza caminhões para o transporte para a cidade.

Os transportes geralmente são caminhões ou camionetes que transportam as pessoas na carroceria, tipo conhecido em outras regiões como pau-de-arara (embora aqui não tenha escutado esse termo). Em caso de emergências são enviadas ambulâncias. O desafio no caso da solicitação de ambulância é a comunicação, uma vez que a maior parte da região rural não possui sinal de telefone, poucas casas tem antena rural. Recentemente as escolas se tornaram um ponto de comunicação da comunidade por terem internet. E no último ano, com a expansão da rede de energia elétrica, algumas famílias puderam instalar internet em suas casas, ampliando os pontos de comunicação. Ainda assim, algumas residências estão a distâncias consideráveis desses pontos de comunicação.

No final de dezembro de 2021 o município decretou estado de calamidade devido aos impactos da forte e contínua chuva. Houve um desmoronamento na única estrada que liga o território a Brasília, Goiânia e outras regiões, a GO118. A destruição do asfalto deixou a via interditada para caminhões e carros por aproximadamente 15 dias. Outra via de acesso para essas capitais é uma estrada de terra, que também foi drasticamente afetada pela chuva. Outras estradas também foram impactadas impedindo a locomoção da zona rural para a zona urbana, pontes caíram e rios enxerem, causando enchentes em algumas residências. Em meio a este estado de calamidade se constitui uma Coordenadoria Municipal de Proteção e Defesa Civil que contou com apoio do Corpo de Bombeiros. Entre as ações de emergência uma gestante com 36 semanas foi transportada de helicóptero do Vão do Moleque para a cidade para aguardar o parto<sup>20</sup>.

---

20 Informações recebidas através de comunicações públicas oficiais da Prefeitura enviadas por meio de whatsapp.

A questão financeira para pagar tanto o transporte como eventuais gastos pela ida a cidade é apontada como uma dificuldade pelas mulheres. Além disso alguns exames não são realizados no município, aumentando os gastos com transporte e alimentação até a cidade de referência, além dos exames que precisam ser pagos.

A Rede Cegonha também prevê a promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais. Contudo o município, conta atualmente com poucas ambulâncias mal equipadas.

Com relação ao financiamento para execução das medidas previstas na Rede Cegonha, cabe a união:

100% (cem por cento) do fornecimento de kits para as UBS (anexo IV), kits para as gestantes (anexo V) e kits para parteiras tradicionais (anexo VI); 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o pré-natal e 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o local de ocorrência do parto, de acordo com a regulamentação que será publica em portaria específica. (Brasil, 2011)

Interessante ressaltar que a única menção às parteiras tradicionais é com relação a distribuição do KIT. Durante uma pesquisação da qual participei em 2018 esse kit foi entregue a algumas parteiras tradicionais.

### *Mortes maternas*

Você conheceu alguma mulher que morreu de parto?

Não. Minha tia fala que quando as mulher ia parir elas morriam. (Moradora de São Domingos, 18 anos, 1 filha nascida no hospital de Planaltina-DF)

Eu preferi ir pro hospital porque na época eu vi o sofrimento das mulheres. E o que antecedeu a gente, eu vi morte por parto, eu cheguei a ver, eu cheguei a velar pessoas que morreram de parto.

Quantas?

Pra eu lembrar, eu lembro de uma mulher. Só porque assim, teve muito caso na região que o pessoal comentava, irmã da minha mãe morreu de parto, só que eu não lembro. (moradora do São José, 43 anos, 5 filhos, 3 perdas e 2 nascidos em hospital)

Perguntar as todas as entrevistadas se conheciam mulheres que haviam morrido no parto foi uma escolha metodológica com objetivo de levantar uma estatística aproximada com relação às mortes maternas em partos atendidos por parteiras e comparar com dados de mortes maternas em partos hospitalares da mesma época. Ao me deparar com a história do parto no Brasil e a escassez de dados representativos para tempos mais remotos, bem como a dificuldade de encontrar a estimativa populacional de Cavalcante, percebi que tudo seria uma aproximação. De todas as formas, existe um imaginário presente muito forte de que as mulheres morriam muito de parto e essas mortes são, em discurso, associadas a não hospitalização do parto, como fica evidente no relato acima.

Tabela 14: Óbitos maternos por Ano do Óbito segundo Categoria CID-10 Município:Cavalcante. Período: 1996-2020

<b>Categoria CID-10</b>	<b>1996</b>	<b>1998</b>	<b>2005</b>	<b>2009</b>	<b>2017</b>	<b>Total</b>	
TOTAL	1	1	1	1	1	5	
O06 Aborto NE	-	-	1	-	-	1	
O45 Descolamento prematuro da placenta	1	-	-	-	-	1	
O71 Outr traum obstetricos	-	1	-	-	-	1	
O86 Outr infecc puerperais	-	-	-	1	-	1	
O98 Doen inf paras mat COP compl grav part puerp	-	-	-	-	1	1	

Fonte: Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Os dados acima referem-se ao período de 1996 a 2017. Segundo os registros oficiais entre 1996 e 2020 foram 5 mortes maternas no município, sendo 4 de origem obstétrica direta. Como já foi dito e ainda será dito diversas vezes nessa tese, o DATASUS não permite cruzar morte materna com local de ocorrência do parto, portanto, não é possível afirmar qual tipo de assistência e onde foram esses partos.

Durante o mesmo período de tempo o DATASUS (2022) registrou 81 mortes de mulheres em idade fértil no município, dessas, 7 foram decorrentes de agressões: 4 por objeto cortante ou penetrante, 2 por disparo e 1 por estrangulamento ou sufocamento. Houveram ao longo desses anos diversas medidas federais que chegaram ao município e que culminaram na desterritorialização dos partos, uma das maiores justificativas para tais políticas é a meta da diminuição da mortalidade materna. Houveram também medidas de combate à violência doméstica contra as mulheres, porém, ao meu ver, a nível municipal, muito menos contundentes que aquelas voltadas ao controle da assistência ao parto. A indagação sobre a real preocupação com a vida das mulheres é algo que deve estar presente em toda e qualquer política de controle de nossos corpos.

As entrevistas abrangem um período temporal maior que aqueles dados disponíveis no DATASUS. Em São Domingos, pelos relatos que abrangem um período de 65 anos, considerando a faixa etária das entrevistadas, foram 2 mortes, uma provavelmente na década de 60, nasceu o menino, mas não a placenta. Uma outra próxima a fazenda Francês na década de 80.

No Vão de Almas, da década de 60 pra cá, aproximadamente 8 mortes de mulheres durante o trabalho de parto. Uma moradora de 39 anos relata que sua bizavó morreu em um parto que u mininu veio de ropeio (pélvico). Antes dos anos 80 tiveram mais 2 mulheres que morreram, as entrevistadas não sabiam detalhes. Início da década de 80 houve outra morte onde a criança nasceu, mas a placenta não. Também na década de 80 houve uma morte no festejo de Nossa Senhora da Abadia. Em 1993 mais uma morte, não nasceu nem o bebê. Há uns 40 anos atrás, uma mulher morreu provavelmente de hemorragia. E a derradeira ainda muito presente na memória de todas, morreu no festejo de Nossa Senhora da Abadia em 2009.

Na comunidade Vão do Moleque, segundo relatos, morreu uma a mais de 40 anos atrás. Ela morreu mas o bebê sobreviveu, vive até hoje, parece que foi a placenta que não nasceu. Em 1974 morreu outra numa região próxima, Salinas, mas também pode ter sido a mesma. Em 2001 ou 2002 morreu outra. Na Prata na memória das mulheres uma mulher há 25 anos atrás, que provavelmente foi a mesma dos relatos do Vão do Moleque. Dona Celíaca conheceu duas mulheres que morreram de parto, uma que o menino nasceu, e outra que morreu mãe e filho. Ela já era velha, então deve ter no máximo 20 anos. Morreu uma irmã dela em Cavalcante, ela também já tinha até bisneto.

nessa época não tinha essa coisa de carro, aí ela deu dor e aí não tinha movimento de carro, aí quando achou carro pra sair com ela, ela já tinha ganhado mininu, só

que ela ganhou e a placenta não nasceu, aí resolveram levar, só que no meio do caminho ela morreu. U mininu tá vivo até hoje tem até filho. Eles acha que deu eclampsia, os que entendem mais. (moradora do Prata, 53 anos, 7 filhas, 5 em casa)

Em São José e região as entrevistadas que disseram conhecer alguém relataram a mesma morte, de uma mulher que estava na região da Cana Brava, provavelmente entre 1980 e 1985 e aí saíram com ela na rede pra o ponto onde pegava carro, o neném nasceu nesse caminho, mas antes de chegar no local do carro faleceu mãe e bebê. Além dessa, duas mulheres relataram ter histórias na família, alguma tia ou avó que faleceu, até em outras regiões. Mas não sabem maiores detalhes. Essa morte especialmente é tida como um divisor, um acontecimento que gerou muito medo e impulsionou às pessoas a buscar o hospital para o parto.

No Rio Preto uma mulher morreu na década de 70 provavelmente, o bebê veio atravessado e não nasceu. No Vão do Órfão ouvi um relato apenas de uma mulher que morreu de hemorragia antes de 1977. No Engenho II ouvi o relato de uma mulher que morreu aproximadamente no final dos anos 70. Na cidade houve um relato de uma mulher que morreu após parto cesariano em Campos Belos, o bebê sobreviveu, a data não foi falada. Também houve uma mulher em 2020 que faleceu após ser encaminhada de Teresina para o hospital de Cavalcante, ela morreu no hospital de Cavalcante. Parece que ela já tinha um problema no coração e teve hemorragia.

Para se fazer uma análise mais fiel, seria necessário saber a população total da região nesses períodos. Contudo, ainda sem ter essa referência exata, o número de mortes total é muito menor do que o que figura no imaginário da população. Se ainda consideramos que no período de abrangência dos dados, o índice de mortalidade materna era muito maior também em hospitais, não se sustenta a afirmação de que as mulheres morriam muito de parto no tempo das parteiras.

### *Mortes neonatais*

Um dos objetivos iniciais da pesquisa era o levantamento de números, dados tanto de morte materna quanto de morte neonatais (até um ano de idade), para que se pudesse validar ou contestar a afirmação de que os partos com parteiras trazem maior número de mortes. Esses dados seriam colhidos nas entrevistas através de duas perguntas: quantes filhos a mulher entrevistada perdeu, e quantes ela conhecia que tinha morrido no parto ou após o parto até um ano.

Eu não consegui realizar esse levantamento quantitativamente. Um dos desafios para isso é que quase todas as mulheres, mas especialmente as de 30 anos para cima, não diferenciam partos e abortos na contagem de filhos e nem nos relatos. Muitas vezes eu demorava muito pra entender que um relato se tratava do que eu consideraria um aborto com 3 meses de gestação por exemplo, ou um parto prematuro com 6 meses. A distinção às vezes é dada em “nasceu a tempo” e “nasceu antes do tempo”. Além disso, há mais tempo, o número de mortes de crianças maiores de um ano também era maior devido a doenças que hoje tem vacinas ou tratamentos eficazes disponíveis. Nos relatos também existia essa questão, de uma criança que morreu de 3 ou 4 anos, por algo não relacionado ao parto.

Esse desafio poderia ter sido superado com mais tempo de entrevista, contudo, optei por entrevistas profundas, elas demoraram entre 15 minutos e 1 hora e meia, a maioria com média entre 20 e 30 minutos cada. Muitos temas abordados. Portanto, quantificar esse dado se tornou algo que demandaria um tempo maior, e eu não quis priorizar isso, pois tampouco eu teria base de comparação em dados gerais de partos em hospitais, devido a escassez de dados oficiais de tempos passados. Seria um dado com pouco valor analítico.

Assim, feita essa ponderação, trago aqui uma reflexão a partir de uma análise qualitativa do campo sobre as mortes neonatais. A primeira questão é a indistinção entre as perdas a tempo e fora de tempo. A segunda é sobre a percepção das mulheres que as vacinas durante a gestação e nos primeiros anos de vida das crianças diminuiu consideravelmente o número de mortes de bebês e crianças. Essa percepção encontra ressonância nas estatísticas nacionais e mundiais.

Com relação a esta última, é importante ressaltar que a diminuição das mortes neonatais não está vinculada ao parto por parteira ou não, mas sim à vacinação. É importante também trazer aqui que as parteiras tiveram papel fundamental na adesão as vacinas por gestantes e crianças em diversas regiões do país, atuando como agentes de saúde (Capiberibe, Janete; Parteiras do Amapá, 2002).

## **6.2 Parições**

*naquele tempo que a gente ganhava mininu em casa*

eu lembro muitas histórias, faz simpatia, sempre a gente ia na casa das pessoas a mulher tava lá no quarto gritando o homem tava ao redor da casa, as pessoas fazendo simpatia, pegando remédio, a minha bisavó mesmo ela tinha um santo

que era da devoção dela, São Benedito, todo neto que ela corria lá pra ajudar socorrer, ela colocava o nome de Benedito, se for homem Benedito, se for mulher Benedita, que era o santo que ela pedia na hora dos partos. E a família muito grande, tinha muito Benedito na família. (Moradora da Capela, 65 anos, 3 filhas em hospital, bisneta da parteira Iaiá Domingas)

Grávida tem que tomar cuidado não arribar peso, não levar susto, não cair, não voltar da estrada, não come da panela, não salta bosta do cavalo, não passa embaixo de rede, não salta rastro de cobra. Se tomar esses cuidado parto é rápido. (Moradora do Vão de Almas, 59 anos, 8 filhas, pegou 3 mininus)

minha mãe também pegou mininu, Nossa Senhora que põe a mão na barriga sua, Nossa Senhora que faz um bom parto seu, coragem e força minha filha. Eu escutava ela falar. (moradora da Cabeceira do Vão, 49 anos, 3 filhas, 2 em casa e 1 no hospital de Cavalcante)

De 75 mulheres entrevistadas que responderem onde nasceram, 64 nasceram em casa com parteira. Foram entrevistadas 63 mulheres acima de 25 anos e apenas 13 entre 14 e 24 anos. Foi justamente há aproximadamente 25 anos que os partos passaram a acontecer mais em ambiente hospitalar do que em casa em Cavalcante. A maioria das mulheres entrevistadas, 47,3%, tiveram as duas experiências de ambiente de parto, casa e hospital, apenas 13,51% só vivenciaram o parto em casa e 39,19% só conhecem a parição em ambiente biomédico.

Ali eles preparava o foguete, quem não tinha foguete dava tiro de espingarda, da arma que tivesse, quando a mulher nascesse u mininu já atirava na hora, que era o aviso que tinha pras pessoa todinha que sabia que a mulher tava grávida e já tava no trabalho de parto, da hora que escutasse o tiro todo mundo já ficava tranquilo. Que era aquelas ligação, mesmo que não fosse parente, todo mundo importava com a vida do do outro, enquanto que não desse a luz aquela mininu, tava todo mundo sabendo que corria o perigo de haver uma morte. (Moradora de Cavalcante, nascida e criada em São Domingos, 8 filhas, 5 nascidas em São Domingos)

naquele tempo eles não deixava as criança assistir, quando a mulher dava a dor eles mandava us mininu tudo ir pro mato, pro rio, pra lá, pra não ver a mulher ganhar mininu. (Moradora do Vão de Almas, 59 anos, 8 filhes, pegou 3 mininus)

minha mãe quando foi ganhar meu irmão, aí tampava um pano na porta pra mode as criança não ver. Aí depois que minha vó acabava de fazer todos os trabalhos lá da mulher, chamava “aqui minha filha, agora vocês vem vê seu irmãozinho.” (Moradora do Vão de Almas, 46 anos, 7 filhes, 4 nascides em casa com parteira e 3 no hospital de Cavalcante, neta de parteira)

lembro pouco, quando as mulher mais velha tava com dor, elas tirava todos os mininu da casa, pra não ver os movimento. Eu lembro que quando minha mãe tava sentindo dor, ela colocava nós pra outro lugar. Quando a gente chegava já tinha ganhado, nem escutava movimento nenhum. (moradora do Vão do Moleque, 43 anos, 4 filhes, 1 nascido com parteira e 3 no hospital)

Uma das perguntas mais gostosas de se ouvir as respostas pra mim foi pedir pra contarem as primeiras memórias, as memórias de infância sobre os partos. Foi muito bom ser transportada pelas contações de história pelo olhar da criança, que assistia tudo por frestas, aprendia no dito e no não dito, onde a palavra medo não estava presente. As partições em casa manifestam o tecido comunitário, seja na reza, nas múltiplas formas de ajudar, os tantos papéis necessários que as pessoas vão ocupando: aquele que vai até a casa da parteira chamar ela e vira padrinho; a parteira que depois é chamada de mãe por quem nasce em suas mãos; a ajudanta que faz os remédios; aquela que segura a mulher, que também pode ser um homem; o benzedor; as crianças curiosa que fica tentando olhar pelas frestas; e às vezes a casa enche de mulher, cada uma ajudando como pode.

naquela época juntava um bucado de muié para cuidar [da que tava em trabalho de parto], as parteiras também eram muito inteligente nos cuidados, e o povo tinha aquela boa vontade de ajudar. (moradora do Vão de Almas, 45 anos, nascida em mãos de parteira, 8 filhes, alguns nascides com parteira, outres em hospital)

quando ia uma mulher para poder olhar nós, ia todas as mulher para poder ajudar. Quem pegava mesmo era minha sogra. (moradora da Capela, 69 anos, 14 filhes, todes nascides em casa, 7 nascides no Órfão)

eu lembro muito pouco, lembro que a gente ia, quando a mulher dava a dor, que às vezes o pessoal avisava, aí mãe ia e levava nós, só que a gente não via nada. Só mesmo o povo barulhando, as parteiras, porque tinha as parteiras mas também tinha as ajudante, as mulher que ia pra cozinha pra fazer o chá pra esquentar a dor, fazia chá de cravo, canela, pimenta. Essas coisa nós ia, esquentar o garfo pra queimar o umbigo. (moradora do Vão de Almas, 25 anos, 5 filhas nascidas em hospital, falando sobre suas memórias de infância das partições na comunidade)

porque eu sempre nunca fui parteira de verdade que eu não peguei menino nenhum, mas sempre que eu chegava onde é que tinha uma mulher com dor, sempre eu ajudava. Aqueles remédios que eu via minha mãe fazendo, se eu chegava em um lugar em que minha mãe não tava aí alguém pedia uma ajuda, tinha hora que não precisava pedir ajudar, a gente sabia, e a gente ia, ajudava a fazer os remédios e dava. Tem hora que tem coisa que é mesmo a parteira, mas tem hora que tem que coisa que é a falta da memória da pessoa, aí já chega a amiga e fala isso aqui é bom. (moradora Vão de Almas, 53 anos, filha de parteira, mãe de 8)

quando minha mãe foi ganhar minha irmã aí teve que mandar um rapaz ir atrás da parteira, que hoje minha irmã chama o rapaz é pai ou padrinho, como ele é novo, aceitou padrinho, não aceitou pai não. (Moradora do Vão de Almas, 24 anos, nascida em mãos de parteira, mãe de 4 nascidas em hospital)

Uma das tradições que refletem esse parto comunitário é o mijo, como é chamada a garrafada preparada para dar às visitas após o parto. Escutei esse nome nas comunidades Engenho II e Vão de Almas.

A energia elétrica só chegou em algumas comunidades no último ano, 2021. A maioria das histórias de parto em casa com parteira é de um tempo que não havia energia elétrica, nem abundância de vela, era a candeia e a lamparina que iluminavam. Hoje, a perspectiva da medicina baseada em evidências coloca que a ocitocina, importante hormônio para o desenvolvimento do trabalho de parto, é inibido pela presença da luz. Muitas parteiras mencionam que a maioria das mulheres entra em trabalho de parto à noite.

[Como ela te ensinou a cortar o umbigo?] medir dois dedos e três dedos, mulher dois dedo e homem três dedo, ela ensinou: "você mede e corta". [cortava com que?] Quando a mulher já tava com dor ela já colocava tudo pra ferver e já fazia o azeite no pires, fazia a tirada de algodão torcia fazia o pavio, colocava no pires, colocava o azeite e já deixava ali esperando. Aí quando ganhava acendia aquela candeia pra cortar o umbigo, cortava o umbigo, já colocava o azeite morninho, tampava e enrolava a criança. (moradora da Capela, 55 anos, 4 filhas, 3 nascidas em hospital, 1 nascida em casa "sem querer")

Essa era forma de cortar e cuidar do umbigo do bebê, similar em todos os relatos. A única diferença é que algumas parteiras usava também colocar alguma medicina na ponta do codo umbilical, onde corta, como por exemplo pó de quina. O azeite que ela fala é o óleo vegetal de mamona, com diversos usos na gestação e parto, medicina usada em muitas regiões do planeta terra para esse momento.

O uso do azeite de mamona esteve presente em todos os relatos de parto, era passado na barriga e às vezes na vagina para lubrificar e ajudar a saída. Em algumas localidades também era comum as parteiras indicarem tomar o azeite perto de ganhar para limpar o intestino. E todas, 100% das mulheres entrevistadas, que ganharam filhas em casa, no hospital ou na estrada, usaram o azeite ou óleo de mamona na base do umbigo da/o recém nascido.

a gente prevenia, fazia o óleo de mamona antes. Aquele óleo de mamona a gente usava praquilo e outro deixava limpinho pra curar o imbiguinho du mininu. Tinha vez que quando ela [a parteira] chegava a gente já tinha feito o pavilzim, colocado na vasilha e, já tinha a vasilhinha com o óleo. O de usar na vagina tava em outra vasiinha. (moradora do São José, 69 anos, 8 filhas nascidas com parteira)

todas as mulher da região lá é quem preparava o azeite delas. Quando a parteira chegava ela tinha que tá com isso pronto. (moradora de Cavalcante, nascida e criada em São Domingos, 60 anos, 8 filhas, 6 nascidas em casa e 2 no hospital)

teve uma vez que eu já tava pra ganhar, mãe veio com esse trem, com essa copada de azeite, um bucado de remédio adjunto e me deu. Aí eu caminhei,

caminhei, quando foi de noite que eu deitei....ooooo(risos). (moradora do Vão do Órfão, 53 anos, 12 filhas, 9 na roça e 3 no hospital)

O óleo de mamona tem componentes capazes de auxiliar no relaxamento da pele e da musculatura, melhorando as propriedades elásticas dos tecidos vaginais e perineais em termos de extensibilidade e recuperação elástica mais rápida, ou seja, incrementa a elasticidade e reduz a resistência durante a dilatação, evitando a episiotomia e fissuras, facilitando o parto, isso tanto pela aplicação local como pela ingerida (Mailland et al., 2015; Reggiardo; Fasani; Mignini, 2012 *apud* Floriano; Odeh, Muna, 2020).

Embora a maioria das partições em casa tem essa dinâmica comunitária bem definida, com parteira, ajudante etc, devido às distâncias e algumas condições específicas de cada família ou da comunidade, alguns mulheres relatam um parto mais solitário, ainda que a rede esteja ali ao lado de alguma forma. As mulheres que tiveram a vivência do parto tradicional em casa e em hospital apontam como uma das grandes diferenças a questão da presença de uma rede apoio durante o processo. Como será tratado mais adiante, a maioria das mulheres que pariram no hospital experimentam momentos de muita solidão, enquanto que os partos em casa eram bastante povoados.

[você teve a experiência de parir no hospital na cidade e em casa, o que você achou melhor?] Uá quase a mesma coisa. A diferença dos que eu tive cá em casa é que aí a pessoa não curte aquela dor sozinha, sempre tem aquelas mulher que tá ali triando, ali, correndo uma força, quando é na hora mesmo você arranja uma mulher para segurar ocê, você acha força. E na cidade você não acha, na cidade você fica lá sozinha, só na hora mesmo do mininu nascer que o doutor chega que panha que leva pra cama. (Moradora do Vão de Almas, 56 anos, 10 partos)

Eu percebo uma grande diferença na forma como me foram contadas a experiência do parto sozinha no hospital e em casa/na roça. Nesta última algumas mulheres contam com orgulho e tranquilidade, em algumas delas parece haver quase uma decisão de ficar sozinha ali no quarto. Outras relatam histórias das mais velhas. Uma grande diferença que percebo também nas histórias é como as mulheres que tiveram experiência de parto em casa com parteira se mostram com bastante autonomia enquanto a entender as fases do parto e o que se requer pra ele, remédios, como cortar umbigo etc, de forma a se sentirem seguras de parir “sós”.

quase que eu morri, foi 5 mulher mais o meu marido tudo pra me segurar, achava que eu nem ia escapar. Não queria nascer. Me dava tanto remédio, até pimenta...diz que pra esquentar. Mas me dava remédio, azeite... e pra mim eu ia morrer. Aí também dessaí pronto, eu ganhava até eu sozinha. Ganhei dois mininu eu sozinha, cortei umbigo, a placenta, tudim eu arrumava, e eu sozinha. Quando chegava a parteira eu já tinha arrumado tudo, já tinha forrado pano na cama e tudo e já tava deitadinha com u mininu do lado.

[Você aprendeu com seus partos ou alguém te ensinou?]

Eu aprendi com uma veinha que chamava Benedita, aí eu fui uma vez até pra ajudar ela a olhar outra mulher, aí ela foi e me ensinava, até pra arrumar a placenta ela me ensinava como ela fazia, tudo ela me contava. Aí foi indo, aí eu aprendi, aí eu já tinha tido os mais velho tudo, quando foi dos mais novos eu ganhei sozinha, quando ia chamar a parteira, quando ela chegava eu já tinha ganhado. (moradora da Capela, 69 anos, 14 filhas, todes nascides em casa, 7 nascides no Órfão)

O relato abaixo mostra uma realidade diferente de parição na roça, foi numa região onde as comunidades são mais recentes historicamente, comunidades que se formaram a partir da migração de pessoas das comunidades kalungas mais antigas, e muitas vezes em busca de emprego, ou seja, ainda que vivendo na roça eram empregadas em terras dos outros e o tecido comunitário embora existente, porém de forma diferente, ao meu ver, das comunidades com raiz comunitária, onde a própria organização territorial é comunitária.

minha mãe tava na roça colhendo arroz aí sentiu dor pra ter eu, aí não tinha os preparatórios lá pra fazer o parto, aí meu pai saiu correndo pra um povoado chamado Lajes, pra conseguir uma tesoura pra cortar meu umbigo. Por lá ele ficou. Aí tinha um senhor também colhendo arroz, aí ele falou o único recurso quando essa menina nascer é cortar o umbigo dela com o facão. Assim ele fez, amolou o facão, acendeu um fogo, colocou o facão, acho que para esterilizar. Aí queimou o facão, eu nasci e cortou meu umbigo com facão. Tinha o senhor e uma senhora, estavam fazendo mutirão. (moradora da Capela, 37 anos, 7 filhas nascides em hospital)

[como nasceu?] minha mãe ganhou sozinha. Que ela deu dor aí tinha uma vizinha perto, a vizinha ficou assim pra quando dá dor a vizinha avisar. Aí quando a dor veio nela rapidão ela ganhou sozinha, quando a parteira chegou ela já tinha ganhado a muito tempo. (moradora do Rio Preto, 68 anos, 6 filhas nascidas em casa)

Todas as comunidades do município tem seus festejos, que são relacionados a algum santo. E abundam histórias de parição nos festejos. Por exemplo, no Vão de Almas tem uma festa muito importante todo mês de agosto que celebra nossa Senhora da Abadia, é onde a comunidade toda se junta, vem gente de todos os lugares. Ouvi muitas as histórias de parto nesse festejo. Infelizmente, um óbito em 2009 que foi decisivo na história da parição na comunidade, deixou muita gente assustada. Ela entrou em trabalho de parto na festa, o parto tava demorando muito, ela começou uma hemorragia.

eu vim da capela<sup>21</sup> dia 17 de agosto, cheguei aqui, lavei roupa todinha, aí quando deu 6 horas eu senti a dorzinha, quando foi uns minutinho que a dor passou arrupando aí eu mandei chamar minha mãe e foi correndo depressa, quando minha mãe chegou que pulou em cima da cama ela berrou. (moradora Vão de Almas, 53 anos, filha de parteira, mãe de 8)

eu conheci uma no festejo do Vão de Almas, inclusive teve um parto lá no momento da festa, e ela tinha um caderno de registro. Eu fiquei sabendo que essa pessoa faleceu a pouco tempo, ela tinha um caderno com mais de 500 nascidos. Eu fiquei muito assim... que tinha tido o parto, depois eu fui lá, olhei a criança, vi a mãe, só pra poder... que o pessoal fala: "o médico tá aí no festejo" e aí depois fui conversar com ela, encontrei com ela algumas vezes, conversei com elas algumas coisas. (médico plantonista do Hospital Municipal de Cavalcante, tem 12 anos de profissão, trabalha há 4 anos no município, nasceu de cesariana no Goiás)

As parições diferem pouco entre as comunidades. O que muda às vezes é que umas parteiras tinham mais o costume de sugerir pra mulher ficar na cama, algumas mulheres tinham costume de ganhar na cama recostada, ou até meio deitada, isso nessas comunidades de formação mais recente e com

---

21 Nesse caso capela é o local no Vão de Almas onde é realizado o festejo e tem uma capela pras rezas. Não se refere à comunidade Capela.

maior convívio com o mundo “de fora”. Outras já usava só o cepo<sup>22</sup> forrado mesmo, essa forma mais presente nas comunidades kalungas mais antigas. Os banhos, chás e o ovo quente para esquentar o parto estão presentes em todas as comunidades, diferindo um pouco as ervas usadas, acredito que essa diferença está relacionada também a abundância de plantas diferentes em cada região. Algumas plantas apareceram em todos os relatos, e são as que também as mais jovens lembram: quina e algodão, a primeira nativa do cerrado e a segunda migrada.

fazia chá de pimenta do reino, moi de pimenta do reino, aí[alho], cebola, fazia com caldinho de carne, fazia chocolate de ovo com leite, café sem doce, sumo de andu, bucado de remédio, mas era sempre no escondido. Aí tinha vez que não dava tempo de beber essa remedieira e ganhava. (Moradora do Vão de Almas, 59 anos, 8 filhas, pegou 3 mininus)

Nessa época eles colocava um cepo baixinho, eles forrava um pano e a gente sentava, só pegava a metade da bunda no sepo, o resto tinha que ficar livre pra nascer mininu, e às vezes algumas ajudava a segurar. (moradora da Prata, 53 anos, 7 filhas, 5 em casa)

aqui eles gosta de colocar aquele cepo, aí quando a mulher tá com dor ela senta na ponta do cepo, que a parteira tá cá na frente, na hora que o mininu nascer a parteira já pega. (Moradora da Prata, 48 anos, 11 filhas, 2 em hospital)

Quando começa o parto dava ovo quente com pimenta do reino, chá de cravo, pra dar a dor pra ganhar logo, óleo da mamona com sumo, queimada de arruda com cedro, chifre de gado, pra dar pra beber pra aumentar a dor, quando a dor aumentava mesmo elas dava um banho bem quente com sabão de soda, aqueles sabão bem preto aí pegava o sabão e passava na barriga até os pés só daqui pra baixo. E banhava bem quente, secava, aí já fazia o banho. Ali já dava uma sopa com bastante pimenta do reino pra esquentar tudo e dava pra mulher beber, pra comer. (moradora da Capela, 55 anos, 4 filhas, 3 nascidas em hospital, 1 nascida em casa “sem querer”)

---

22 pedaço ou tronco de árvore cortado perpendicularmente ao eixo.

O resguardo é um dos fatores principais apontados pelas mulheres como maior benefício quando os partos eram em casa, na comunidade, com parteiras. E também considerado o momento mais crucial com relação ao futuro da saúde das mulheres, um bom resguardo influencia diretamente na saúde delas pro resto da vida. Assim como a dieta a ser seguida durante a menstruação, que todas mencionaram como algo fundamental pra saúde<sup>23</sup>. O resguardo é o período geralmente de 30 dias pra menina e 40 dias pra menino após o parto.

o resguardo é um cuidado mais intenso que a gente tem que ter, principalmente com alimentação e com a forma dos remédios que a gente toma. Alimentação que podia mais é mais uma sopinha, um pirão, aqui o que mais usa é o pirão de galinha caipira. O que não pode é abóbora, peixe, repolho, carne de caça, tem mais coisas que eu não to lembrada. (moradora do São José, 39 anos, neta de parteira, 4 filhas, 2 perdas e 2 cesarianas)

[resguardo] você não podia pegar peso, não podia varrer casa, não podia limpar uma casa, não podia comer trem remoso, era só isso também. (moradora do Rio Preto, 68 anos, 6 filhas nascidas em casa)

cumpri um resguardo bom viu? Pensa num resguardo de 25 anos atrás foi bem diferente do de 14. A gente comia uns ensopadinho mais bem feitinho né? A gente era mais bem cuidada, o povo era mais tradicional. Aqui a gente não podia comer toda coisa, mas era bom porque eles selecionava as coisa gostosa demais pra gente comer. (moradora do São José, 43 anos, 5 gestações, 3 perdas e 2 filhas nascidas em hospital)

Ah essa sopa do resguardo!!! Essa sopa é um sucesso, é a manifestação do cuidado em forma de comida. Tanto o parto como o resguardo movimentam/movimentavam a rede comunitária.

Minha sogra era muito boa pra fazer parto. Ela ficava em casa durante 8 dias, ela não ia embora pra casa dela. Ficava até quando eu já tava andando dentro de casa. Fazia essa sopa pra mim, pensa numa sopa gostosa! Era boa demais, chega

---

23 Nas entrevistas eu fiz uma pergunta direcionada especialmente à formação da autonomia reprodutiva, visando entender como eram transmitido e quais eram os conhecimentos sobre menstruação, sexualidade, como engravida etc. Foram momentos importantes das conversas, contudo, acabou sendo um tema de troca naquele momento, mas que não foi possível incluir como parte da sistematização da tese, por conta da extensão do trabalho. Todas as mulheres acima de 30 anos mencionaram a dieta da menstruação, que não pode comer nada remoso, e tem algumas outras restrições que variam de acordo com a comunidade.

enche a boca d'água. Colocava pimenta do reino, mas depois deixou de pôr porque diz que é uma cólica danada que dá na mulher, aí deixaram. Aí juntava us mininu, os que já tava maiozinho, aí juntava tudo na beira da cama pra cada um comer um bucadinho, até o marido! Pra comer da sopa da mulher. (moradora da Capela, 69 anos, 14 filhas, todes nascides em casa, 7 nascides no Órfão)

naquela época nós fazia era a sopa. Matava o frango, punha pra cozinhar, e agora fazia a sopa. Só comia arroz depois de 8 dias, enquanto não interava 8 dias era só sopa. (Moradora Vão de Almas, 56 anos, 10 partos)

comer nas primeiras semanas, só sopa de galinha caipira, muito bom! Era muito boa a sopa, eu não sei porque que fica gostosa, depois você vai fazer e você não consegue ficar boa igual você faz quando ganha neném, engraçado. (moradora do Rio Preto, 56 anos, neta e filha de parteira, 4 filhos, 2 em casa e 2 no hospital)

Ouvindo o relato acima minha boca também enche de água, porque já experimentei dessa sopa(não a da sogra, mas a da Deja, filha da parteira dona Flor). Quando escuto esses relatos me chama atenção tanto a solidariedade no cuidado durante o resguardo, quanto a questão da atualização dos conhecimentos tradicionais. É importante sempre lembrar que os conhecimentos tradicionais se transformam, assim como qualquer conhecimento. São dinâmicos, embora estejam ancorados em saberes e práticas ancestrais não estão isolados, pois as pessoas viajam, compartilham com outras, como sempre foi, e aprendem coisas novas e incorporam às suas práticas. A experiência no uso também vai trazendo transformações. Como fica evidente no primeiro relato a respeito da mudança do uso da pimenta do reino.

Um dado bastante interessante é que três das entrevistadas relataram estar morando em outra cidade (com estrutura de hospital) e ter voltado pra Cavalcante, especialmente pra roça, pra parir próximo a família. Isso aconteceu no tempo que ainda tinha as parteira antiga viva e ativa.

Por alguma razão os partos mais complicados são narrados em mais detalhes e mais ouvidos e transcritos por mim. São aqueles que impactam! Considerando as 78 mulheres entrevistadas e a quantidade de filhas que tiveram, e que eu ia perguntando parto a parto como foi, eu ouvi aproximadamente 300 histórias de parto. A maioria das que foram em casa, corroborando com os dados de que a maior parte dos partos ocorrem de forma fisiológica sem intercorrências, falam de nascimentos

onde mãe e bebê estão bem e saudáveis, falam sobre ervas, apoio comunitário, recuperação rápida, mesmo quando o medo aparece também na narrativa, ele fica só no sentimento.

Eu senti dores 10 horas da noite e aí quando foi meia noite ele nasceu. Foi tranquilo, tranquilo. Nesse parto foi minha madrinha que acompanhou. (moradora do Rio Preto, 56 anos, neta e filha de parteira, 4 filhos, 2 em casa e 2 no hospital)

Mas existem aqueles relatos de parto que são limites, situações extremas, intercorrências, casos de emergência que deixam marcas de traumas nas mulheres, e nas parteiras. Mas que também ensinam sobre a forma que as parteiras lidavam com essas situações; ensinam sobre ponderar os riscos e benefícios de um parto domiciliar distante de um centro cirúrgico, ensinam sobre melhores práticas para evitar danos às mulheres e bebês.

u mininu começou a nascer um pedaço e o outro ficou, nasceu primeiro a cabeça e ficou engarranchado e fiquei dum dia pra outro com ele engarranchado, sem poder sair, deitada numa posição sozinha, deitada com barriga pra cima, não tinha como virar. No segundo dia a Júlia [parteira] cortou com a unha, fez uma pequena cirurgia aí que eu ganhei meu primeiro filho. (moradora de São José, 53 anos, 3 filhas, 1 em casa, 2 no hospital)

Após o parto ela ficou ainda muito mal, não conseguia levantar e começou a ter febre. Nesse tempo, 1988, era muito difícil transporte na comunidade, ela demorou muito pra conseguir um transporte pra ser encaminhada pra o hospital. Conseguiu transporte 15 dias depois, chegando no hospital o que o médico falou é que ela teve uma deslocação de nervo na perna por que ela não tinha passagem e “forçou”. Lesões nos nervos durante o parto acontecem em aproximadamente entre 0,3 e 2% dos partos. Entre os fatores de risco (que aumentam essa probabilidade) estão algumas intervenções hospitalares como parto por fórceps e anestesia. No primeiro caso, considerando que o fórceps é/era usado quando existia a dificuldade de passagem do bebê, pode-se inferir que não é apenas o uso do fórceps que aumentava o risco, mas também a posição do bebê (McCrorry Emery H, Banayan Jennifer M, Toledo Paloma, 2021).

Ela passou alguns dias internada, e depois ainda alguns meses caminhando com dificuldade até regularizar. O segundo filho ela foi pro hospital devido ao trauma do primeiro. Para mim os aprendizados que essa história de vida pode trazer são: como as parteiras às vezes se viam em situações extremas e precisam tomar atitudes drásticas, como o de cortar o períneo com as unhas mesmo para salvar a vida da

mulher e da bebê; como alguns recursos biomédicos em intercorrências específicas podem reduzir o risco de sequelas (assim como o uso de recursos tradicionais em outras situações); como a forma como foi instaurada a monocultura do parto leva ao entendimento de que no hospital se teria recurso para evitar qualquer tipo de complicação enquanto no parto domiciliar atendido por parteira tradicional não. Quando eu pergunto para a mulher do relato acima porque ela acha que as parteiras não estão mais acompanhando partos, ela responde:

porque às vezes hoje tem a eclampsia, esse problema de eclampsia. E também não tem mais a necessidade das pessoas ficar em casa pra ganhar. Porque na roça não tem como.....por exemplo igual aconteceu comigo, eu não tinha passagem pra ganhar u mininu normal, mas quem diria, uma parteira não tinha como saber isso. E lá no médico não, porque o médico tá ali, se viu que não ganhou eles bate um eletro, tá com o maquinário todo preparado para ver e fazer uma cirurgia, e na roça a gente não tá preparado pra fazer uma cirurgia, às vezes até entende das coisas, mas só se for de último caso, se não tiver ninguém pra fazer, às vezes até as parteiras se anima de pegar uma criança, mas lá na cidade eles tem todas as metras de ver se a pessoa tem capacidade ou se não tem. Na roça a gente não tem essa capacidade de ver como tá o bebê, se tá encaixadinho, se tá tudo bem... então eu acho que o hospital é melhor por isso que o médico tem todos os temas. (moradora de São José, 53 anos, 3 filhas, 1 em casa, 2 no hospital)

A fala dela não é isolada, muitas falam da falta de recurso tecnológico da roça como um fator de risco. A boa assistência é medida também pela quantidade de intervenções de maquinário. Acredito ser importante aqui trazer a vista desde outro ponto: uma parteira mexicana que leciona cursos no Brasil ensina a identificar quando um bebê está mau posicionado, e também técnicas tradicionais mexicanas com uso de *rebozo* (pano) para ajustar a posição do/a bebê. Existe outra série de “técnicas” inspiradas em sabedorias ancestrais e sistematizadas pelo saber científico que chama *spining baby* e trazem posições e exercícios para “encaixar a bebê”. Parteiras profissionais e enfermeiras obstétricas também compartilham formas de diagnóstico e ajuste de posição quando a bebê está mau encaixada. Nenhum desses saberes requer maquinário ou infraestrutura hospitalar.

Em outros relatos daqui de Cavalcante eu ouvi sobre a parteira mudar a posição da mulher, existe até uma técnica usada aqui que se assemelha a uma indicação do *spining baby* que é inverter totalmente a

mulher, ajudando ela a ficar de pernas pro ar, e depois voltar ela. Aqui é acrescentado de uma reza onde o pé dela precisa tocar três vezes o batente da porta. Se essa técnica não tivesse sido desacreditada e ridicularizada, tida como atrasada, mas sim tivesse sido valorizada e considerada como uma intervenção simples para uma intercorrência durante o parto, ela talvez pudesse ter sido aprimorada por parteiras e inclusive aprendida por profissionais da saúde. E poderia ser um recurso a mais para reduzir riscos e evitar uma intervenção dura para mãe e bebê.

Meu intuito em trazer essas outras opções é justamente um exercício contra monocultura, pois umas das formas que ela se instaura é fazendo-se crer que a única salvação está em um único lugar ou método. Sabemos que o “se” não existe, não podemos controlar o futuro de algo que não aconteceu, é uma falácia que “se tal parto tivesse acontecido no hospital, teria...”. Ainda assim, essa fala é muito recorrente, e acredito ser importante lembrar que além do caminho biomédico, existem muitos outros, sem anular que esse também é um caminho possível.

Ainda refletindo sobre essa história acredito ser importantíssimo um parêntese aqui: nem toda parteira tem unha grande, e a maioria dos relatos que ouvi tanto de mulheres que pariram como das parteiras, elas higienizavam as mãos. Esse assunto será tratado adiante, mas é muito importante o cuidado com o julgamento, de uma parteira ter usado a unha para fazer uma incisão, e que sim, provavelmente a febre que a mulher teve pode ter sido devido a uma infecção que pode ter sido em decorrência dessa incisão. Mas isso foi um caso extremo, de todos os relatos que eu ouvi, escutei dois sobre incisão feita com as unhas pela parteira, em momentos de emergência, onde elas usaram os recursos disponíveis para salvar as duas vidas. No outro caso não houve infecção nem outro tipo de sequela. O tema das unhas será abordado novamente na seção epistemicídio. Também quero pontuar aqui que nos partos hospitalares relatados foi muito recorrente a infecção pós-parto, especialmente em decorrência da episiotomia.

a segunda eu ganhei em Cavalcante. Era pra mim operar, só que eu não quis ir pra Brasília, fiquei em Cavalcante, quando foi no dia deu ganhar neném o médico viajou. Essa tinha que ser cesárea, só que não tinha ultrassom por aqui por perto naquela época, e ela gerou sentada. Nasceu em pé, ela veio sentada pra nascer, mas tinha umas parteiras muito boa em Cavalcante dona Firmiana e dona Joana Soarez. Elas que pegou minha filha, mas quase morri. Ela veio pra nascer a bunda, aí elas fez uma simpatia lá, rezou e remédio, mais remédio, eu passei o dia

todinho pra ganhar ela. Aí ela voltou, quando ela veio, veio os pés, minha filha é deficiente dos braços. Aí veio os pés, nasceu até aqui assim e quietô. Dava os puxo mas não tinha força. Aí minha sogra apavorada, e remédio mais remédio e as parteira doida, aí mandaram atrás de um senhor de Juliano, que era um benzedor aqui da região. Aí ele veio chegou, eu lembro eu tava com muita dor, ele entrou olhou pra mim e falou "ô menina forte, essa menina é forte" aí ele benzeu e saiu. Falou compra um foguete, quando eu tiver chegando lá na ponte do Lava Pés<sup>24</sup> essa menina vai nascer. Aí minha sogra mandou comprar o foguete correndo, chegou com o foguete, aí ela deu uma mexida pra nascer, aí veio, aí quando chegou aqui enganchou dinovo. Aí as parteira puxou e torceu o braço dela, e na hora ninguém deu fé, nem as parteira, ela nasceu, pondo sangue no canto do olho, pelo nariz e pela boca, como morta. Não chorou, eu me desesperei quando eles falou assim: "vamo cuidar da mãe que a filha já morreu". Aí eu entrei em pânico, meu sonho era uma filha mulher, aí fiquei louquinha, desesperada. As mulher falando comigo: "na hora da dor mesmo você não gritou e agora você tá desse jeito." Aí outras falava: "não, tem que conversar com ela, ela tá em pânico". Aí foi conversando comigo... [e sua filha tava aonde?] dentro da saia da parteira, dona Firmiana. Aí dona Firmiana abriu a saia ela abriu a boca, ela falou: "não ela não morreu, vamu reanimar ela." Aí virou ela de cabeça pra baixo e bateu nos pés dela aí ela chorou bem cansadinha. Elas já fizeram os remédios, e cortando umbigo. Aí na hora, naquele desespero eu pedi pra Nossa Senhora da Abadia, não deixasse minha filha morrer não que ela ia chamar Abadia, ia ser batizada no Muquém, e minha cunhada naquele desespero todo ela correu lá pro fundo do quintal ajoelhou e pediu a mesma promessa que eu fiz ela fez, ela só não pôs pra chamar Abadia, mas ela pôs que era pra ser batizada nos pés da Nossa Senhora da Abadia, que ela ia ser afilhada de Nossa Senhora da Abadia. E graças a deus e à fé minha filha tá até hoje aí. Só porque ela ficou deficiente do braço. O braço dela é fininho e torcido, ela não tem muita força. (moradora da Capela, 55 anos, 4 filhas, 3 nascides em hospital, 1 nascida em casa

---

24 Córrego que passa pela cidade de Cavalcante.

“sem querer”) [provavelmente no início da década de 80, aproximadamente 1985]

eles colocou uns travesseiro e colocou minha perna mais pra cima, e meu pai benzeu, que esse benzer tem também de estancção de sangue, aí benzeu, dessa hora que benzeu foi parando mais, aí bebi remédio também, aí foi parando. (Moradora do Vão de Almas, 54 anos, mãe de 12, 3 nascides na cidade, outres na roça, parteira pegou 3 mininu dus outro e 1 dela mesmo)

aí quando foi o outro filho que eu tive aí já foi na casa de pai. E aí foi uma tia minha que tava pra pegar o mininu, ela já morreu, chamava ela de Lin, e aí eu tava a madrugada toda me levantando pra fazer xixi, sem conseguir, foi assim até o dia amanheceu, aí a dor veio. Aí o mininu nasceu o braço primeiro, e agora cadê conseguir nascer. E aí tinha uma mulher que é parteira, chama Dominga de Thumas, aí foi atrás dela, Teresa que era irmã dela, aí tinha um velho que era benzedor, também um Velho Domingos Saturnino, já morreu, aí foi atrás dele também, mandou um cordãozinho aí pôs aí mexeu mexeu, que ganhou mas quando nasceu o mininu já tinha morrido, já nasceu morto. (Moradora do Vão de Almas, 50 anos, mãe de 8, alguns nascides em casa e outres em hospital)

Muitas parteiras benzem/benziam, mas tem também os benzedor que trabalham junto com as parteira. Como eu já escrevi em outro lugar aqui, essa parceira me lembra a forma de assistência ao parto de alguns povos da floresta amazônica, como Apurinã, Yawanawa, Shanenawa, que a parteira e o pajé tão sempre juntas, uma cuidando mais da parte material visível e o outro cuidando mais da parte espiritual invisível. A diferença que vejo, é que lá parece que o pajé está desde o começo, e aqui, pelo menos nas histórias que escutei, o benzedor é chamado quando tem algo complicado, enrolado.

A narrativa da morte está presente em muitos relatos de parto, não apenas os de antigamente da roça, embora muito mais nesses, mas também nos atuais, na cidade, no hospital. Eu mesma ouvi a vida toda do meu parto que: “quase morreu eu e minha mãe”, ela teve pré-eclampsia, num parto no hospital.

naquele tempo não tinha esse negócio de ir pra cidade não, era em casa mesmo, ou deu ou dança, porque não tinha jeito. (Moradora da Capela, 65 anos, 3 filhas em hospital)

eu cáí [com quase 9 meses] e a menina ficou diluída dentro de mim, as parteira tirou ela diluída. Eu fui pro cemitério, porque naquela época a gente ia botar vela no cemitério, eu fui de pé, aí tinha um cupim, tava chovendo, eu escorreguei no cupim aí bati a barriga. Fiquei muitas vezes com dor, aí quando atacou a dor ela tirou de dentro de mim. (moradora do Vão do Órfão, 53 anos, 12 filhas, 9 na roça e 3 no hospital)

É importante ressaltar que o número de filhas computado nessa pesquisa através das entrevistas também considera aquelas e aqueles que nasceram antes do tempo, ou seja, também conta os abortos e perdas gestacionais. “Sou mãe de 8 só que eu só tenho 4” (moradora do Vão de Almas, 50 anos). É assim que geralmente as mulheres, sobretudo as com mais de 40 anos, contam suas filhas e filhos: todes que passaram pelo seu ventre, alguns criados, outros não. Outra forma comum é: *sou mãe de tantos, mas criei tantos*. Portanto, as mais velhas não colocam em conceitos diferentes “aborto”, “parto” e “perda gestacional”, a diferenciação é por tempo, não por qualidade: nasceu antes do tempo, nasceu no tempo. Histórias de partos antes do tempo em decorrência de queda, como a relatada acima, são muito comuns na roça. E todes sabem que parto de mininu morto é muito mais complicado, é sempre algo narrado pelas parteiras como muito difícil. Algumas histórias serão contadas mais adiante em partejares.

ela era ótima parteira, os meus quase tudo, teve só 3 que ela não me acompanhou, porque ela tava pra Brasília. Eu tive um parto de gêmeos aí ela tava pra Brasília e não tinha como sair comigo daqui. Aí nesse tempo tinha um homem que fazia linha que morava perto de São José. Eu morava não era aqui, era lá em cima em outro lugar. Foi lá atrás desse homem pra ver se ele me levava. Aí me levaram pra casa de uma cumadre. Aí eu ganhei um, nasceu morto, porque teve que salvar a minha vida, pra salvar minha vida teve que sacrificar o outro porque nasceu só a mão, tava atravessado. Aí a mulher foi e conseguiu, quando o outro nasceu, tinha esse outro, esse outro tá vivo hoje ele é pai. Nasceu aqui. Quem fez o parto foi Iva. Aqui tinha cumadre Procoria, Domingas e essa Iva que fazia parto. (moradora do Vão do Órfão, 8 filhas, 6 em casa e 2 no hospital, 1 cesárea)

teve uma que deu caimbra e eu falei pra ela não grita. [e aqui você não gritava? os parto não gritava] Não, não pode gritar não. [porque?] Se gritar u mininu volta. (moradora do Vão do Órfão, 53 anos, 12 filhes, 9 na roça e 3 no hospital)

Algo muito relatado pelas mulheres é a questão do silêncio no hospital, que elas não recebem a necessária atenção porque elas “não fazem escândalo” e a equipe não as compreende e não percebe que estão perto de partir. Essa cultura que vem de casa, que pode estar muito relacionada a não poder mostrar fragilidade, algo muito abordado por intelectuais e mulheres negras a respeito da construção dessa força da mulher negra a nível social e subjetivo. Não gritar também é indicado pelas parteiras para direcionar melhor a força da parição.

Essas são algumas histórias que eu espero que permita um panorama geral das partições em casa com parteira. Mais histórias serão apresentadas no desenrolar do texto. Essas histórias se referem a um período de aproximadamente 100 anos, todo o século XX, quando a lua cuidava das que chegavam ao mundo:

com 3 dias, se a lua tivesse bonita mostrava, diz que era pra mode dor de barriga, mode cólica. (Moradora da Capela, 66 anos, 8 filhes, 6 em casa e 2 no hospital)

### *Primeira assistência biomédica pela Igreja*

um certo tempo veio um pastor americano pra o Brasil, ele tinha um avião. Veio pra igreja presbiterana, mas eles era independe porque era uma mulher dos Estados Unidos, uma viúva que bancava. Ele voava e escrevia a carta dando a metragem certinha, 450 metros pra pessoa abrir [o lugar de pousar o avião] de enxada, machado do jeito que pudesse que eles descia naquele lugar e eles dava apoio. Eles fez 27 campos nessa região. Eles desciam em cada broca de serra pra levar pessoa enferma de avião pra Brasília. E só voltava quando a pessoa tava boa. (moradora de Cavalcante, 60 anos, nascida e criada em São Domingos, 8 filhes, 5 nascides com parteira)

minha bacia não cedeu, um pouco de descendência que minha tia aconteceu a mesma coisa, na época ela precisou ser tirada de avião, o povo Asas do Socorro que tinha aqui na época que socorreu ela, porque se não a filha tinha morrido. (Moradora do São José, 39 anos, 4 filhos, 2 perdas, 2 nascidas de cesariana)

VOAR É APROXIMAR...

o missionário, do campo

o pecador, da salvação

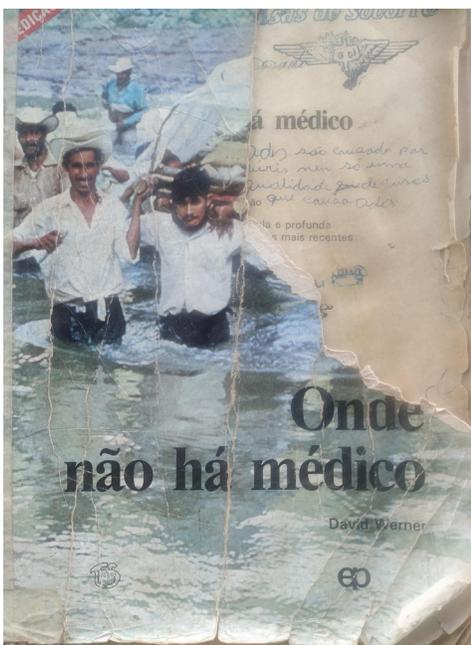
o socorro, de quem precisa

o ser humano, de sua dignidade

o discípulo, de sua vocação

sua generosidade, da transformação.

(<https://www.asasdesocorro.org.br/>)



**Figura 5:** Livro do arquivo pessoal do agente de saúde de São José, recebido em curso da missão Asas do Socorro. Foto: Juliana Floriano **Figura 6:** Logo da Asas do Socorro, carimbo no livro ao lado.

Antes de haver por meio do Estado a contratação e atuação de agentes comunitários de saúde, esse movimento foi dado pela Igreja que chegava em lugares remotos com assistência médica e educação em saúde. A Missão Asas do Socorro foi relatada por essas mulheres, e também dois agentes de saúde,

um de São José e outro do Vão do Moleque disseram que eram agentes de saúde voluntários dessa missão antes de serem contratados pelo Estado. Eles participaram de alguns cursos, entre eles curso de parteira, dos quais também participaram parteiras da região. Um deles diz inclusive que tinha materiais como aparelho de medir pressão.

Asas de Socorro é uma organização cristã missionária. Entidade sem fins lucrativos, de caráter beneficente, filantrópico, cultural, educativo, religioso, de assistência social e de direitos humanos. Desenvolve programas culturais, educacionais e de saúde, especialmente nas regiões mais carentes de transporte e comunicação. Fornece apoio logístico para programas assistências desenvolvido em áreas remotas. (<https://www.asasdesocorro.org.br/>)

O primeiro voo missionário da equipe no país aconteceu em 1956, quando James Lomheim foi até Cuiabá, no Mato Grosso, assistindo a Missão aos Índios da América do Sul, que atendia os índios Xavantes, Bororós, Nhambiquaras e Parecis.

Em 1985 – Asas de Socorro organiza o Programa de Assistência Médica, Dentária e Evangelística (AMDE): saúde e cuidado integral. Provavelmente foi com nessa missão que a organização chegou nos territórios daqui. Nos anos 90 e pelo relato de um dos agentes de saúde, permaneceram atuando na região por pouco mais de 20 anos. No site da organização encontrei apenas referências de trabalhos na Amazônia, nada falando dos territórios kalunga ou do Goiás.

Nas localidades onde a missão atuou houve a conversão de muitas pessoas pela admiração ou vínculo com o trabalho de assistência. Mas o catolicismo popular segue muito forte em todas as comunidades que visitei. Das mulheres entrevistadas, 64 responderam qual era sua religião, e 67,2% se declararam católicas, 25% evangélicas, 3,13% sem religião e 4,69% outras.

### *Os agentes de saúde*

Em 1991 é lançado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs) que, no ano de 1992, passou a chamar-se Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Sua implantação foi iniciada pelos estados do Nordeste, nos quais foram priorizadas as ações da área materno-infantil.

Estas experiências, somadas às experiências locais anteriores, formam a base para o lançamento em 1994 do Programa de Saúde da Família (PSF). (Bornstein, Vera Joana, 2016 p. 1)

veio favorecer em muitos sentidos a partir da hora que começou essas enfermagem, esses agente de saúde do campo, aí começou a aprender da medicina do cerrado e também começou o hospital. Essa equipe de gente que começou eles a protestar contra o parto em casa, contra as parteiras. Aí eles selecionaram umas mulher corajosa e que também já era um pouco envolvida, que fosse mais nova e entendesse, quisesse, isso aconteceu em 90, que foi o primeiro concurso público daqui. E esses treinamentos também foi nessa época. Pegou essa gente pra fazer agente de saúde, aí quando esses agente de saúde voltou é que levou aparelho já pra medir pressão e levou também esse trem pra pôr na barriga da mulher pra ouvir o coração do neném, aí já começou a modificar em 90. (moradora de Cavalcante, 60 anos, nascida e criada em São Domingos, 8 filhas, 5 nascidas com parteira)

quando eu comecei já era poucas mulher que ganhava aqui, e depois que eu comecei a trabalhar aí foi que elas não ganharam mininu aqui mesmo porque eu também fazia a colocação pra elas que era bom que elas ia procurar o médico pra poder ganhar neném que era muito perigoso ganhar neném aqui. Apesar que tinha umas parteiras muito boa aqui, que conforme o médico que ia olhar lá, era melhor que o médico né? Se não precisasse retirar o filho, fazer a cirurgia, na parte de teoria e sabedoria sobre trabalho de parto, às vezes elas tinha mais conhecimento que o próprio médico. Mas o conforto aqui não era recomendado as pessoas continuar aqui pra ganhar neném. Então por isso o trabalho de parteira aqui já tem uns anos que foi eliminado, não tem mais o trabalho de parteira aqui, porque as mulheres quando ganha mininu, quando acontece de ter um, que elas pegou, não sei se é medo, ou não sei se as coisas não tá tão fácil hoje as mulher não quer tá mais produzindo, quando acontece que tem uma que produz aqui ela vai pro hospital. (Agente Comunitário de Saúde há 25 anos em São José, 65 anos)

[na sua formação pra agente de saúde você foi orientado a falar pras mulheres irem pro hospital?] Nós teve, isso aí nós tinha treinamento direto. Hoje não, hoje parou, mas antigamente nós tinha. Nós passava uma semana, batidão todos os agentes de saúde. [O que falavam?] Se tivesse perto dos 9 meses tinha uma semana antes dela ganhar a criança, aí a gente tinha que chegar e avisar: "ó, já tá na data de você ir". Porque aqui não tem parteira mais, hoje você tem que ir pra cidade. (Agente Comunitário de Saúde da Capela, 46 anos)

hoje pra nascer uma criança saudável, sem deficiência, tem que ter os procedimentos de vacina, fazer o pré-natal começar na época certa, que antigamente não tinha. Antigamente você via barriga da mulher e não tinha procedimento nenhum. Só que as pessoa de antigamente tinha os cuidados também, tinha umas pessoa muito entendida. (Agente Comunitário de Saúde do Rio Preto, 53 anos)

geralmente o agente de saúde tem muita liberdade na área onde mora, já tem confiança. Uma vez eu cheguei na casa de um pessoal de fora, que o pessoal de fora vê o trabalho de agente de saúde como um nada: "agente de saúde não leva vacina, agente de saúde não aplica injeção". Cavalcante ainda não foi autorizado pra gente levar aparelho de medir pressão ainda. Aí eles vê o trabalho de agente como que não faz nada. Aí deus é tão bom que tinha umas criança que veio da cidade, e tava brincando, e tinha um prego batido numa estaca numa altura dessa assim, e o prego com uma ponta assim, eu falei: "olha só, vou te mostrar o que o agente de saúde faz, a primeira coisa do trabalho do agente de saúde é a prevenção, porque nós vamos prevenir a doença antes dela chegar lá no médico, no hospital, aí vai diminuir o custo pro governo, pro município e pra família. Olha esse prego nesse pau, já pensou se uma criança sua passar correndo aí e bater o olho num prego desse aí?! Então meu trabalho começa por aqui". Aí o cara olhou pra mim e falou "é rapaz" aí eu fui explicar pra ele como que era o procedimento. Aí ele falou "você me desculpa, o trabalho do agente de saúde é muito importante". (Agente Comunitário de Saúde do Rio Preto, 53 anos)

*A era do hospital*

*agora tem o conforto*

*em cima do socorro*

[porque você decidiu ir pra cidade?] porque aqui é muita dificuldade, muitas coisas andou acontecendo aí a gente ficou com medo, aí a gente foi quando dá no mês de ganhar mininu a gente vai pra cidade, que qualquer coisa já tá no conforto, e aqui não tinha o conforto, tinha que andar longe pra pegar carro, que aqui não tinha estrada. (Moradora do Vão de Almas, 31 anos, 4 filhas em hospital)

depois que foi pra ganhar na rua, agora as mulher aqui não pare aqui não, só na cidade. (moradora da Prata, 77 anos, 13 filhas nascidas em mãos de parteira)

O atual hospital de Cavalcante foi inaugurado em 2001. Antes disso havia um hospital mais precário, onde hoje funciona uma das Unidades Básicas de Saúde, o famoso postinho. Começou aproximadamente em 1983. Esse hospital chegou a fazer cesariana e laqueadura. Nem sempre esse centro de atenção biomédica à saúde foi o lugar tido como mais seguro.

eu lembro quando era pequeninha teve um hospital ali no começo, eu sou assim de uma família de 12 irmãos, aí minha mãe mesma morava na zona rural, aí ela veio pra ganhar o quarto[filho] aqui, aí chegou ali ela não teve coragem por medo. Porque na época aconteceu de morrer algumas mulheres. [No hospital?] É, na sala de parto pra fazer a laqueadura, que ela ia fazer naquela época. Aí como era bem precário, não tinha nem asfalto nessas estradas, era demorado pra sair daqui pra Brasília ou mesmo Campos Belos. (Enfermeira, 54 anos, nascida com parteira na cidade de Cavalcante, trabalha desde 2000 na saúde do município)

Algumas pessoas que hoje trabalham na saúde do município, seja na prática ou na gestão, iniciaram no antigo hospital e me contaram algumas de suas memórias sobre como era.

Naquele tempo não tinha enfermagem ainda, tinha as atendentes, a gente aprendia na prática, não tinha nem curso. Eu comecei a aprender, já fiquei cuidando de paciente na prática e fiquei durante muitos anos, não tinha técnica em enfermagem em Cavalcante, tinha só as atendentes. (...) Depois que veio um curso de auxiliar, a gente fez um curso de auxiliar, depois veio técnica, fiz curso de técnica, aí depois eu passei um concurso de técnica. (...) quando eu comecei a trabalhar na saúde a maior parte dos partos era feita em casa. Mas algumas pacientes vinha até o hospital, mas nesse tempo a gente não tinha médico aqui, era as atendentes que fazia os partos. Já aconteceu noite da gente fazer 3 partos numa noite no hospital porque não tinha carro pra mandar pra fora, nesse tempo só tinha uma ambulância, se ela ia pra Brasília você não tinha mais carro, então você tinha que fazer o que você podia ali, então as mulheres chegavam e a agente ajudava elas e fazia esses partos no hospital. Fazia muito parto. E as vezes você fazia o parto, ficava com medo de mandar paciente pra casa e ter alguma coisa, ficava com ela lá cuidando e observando, o médico vinha de 15 em 15 dias, aí ele avaliava tudo e mandava pra casa. As que a gente via que tava bem a gente deixava ir pra casa, mas Cavalcante era pequeno, então se a gente fazia um parto dava pra gente ir na casa todo dia olhar como tava a mãe, o bebê. Outras vezes a gente ia pra zona rural fazer vacina, chegava lá tinha mulher com dor, eles ia atrás da gente, a gente ajudava.

[Vocês tiveram algum treinamento, curso, capacitação?]

Não, a gente aprendeu com a prática mesmo que os médico ensinava pra gente. Naquele tempo não tinha capacitação, a gente aprendia com as parteiras mais antigas também. Nós tínhamos uma técnica em enfermagem que era muito boa pra fazer parto, então nós era pouco profissional quando tinha ficava todo mundo junto.

[Nessa época que recursos vocês tinham? De material, remédio?]

A gente usava ocitocina quando a paciente não tinha força, e depois que ganhava a gente fazia o Methergin para não ter sangramento. Era essa as duas medicações

que a gente tinha na época. E os pacotes de parto esterilizado para não ter nenhuma contaminação.

[E pro bebê tinha algo? Pra reanimar?]

A gente tinha oxigênio e as manobras que a gente aprendia na prática, que as vezes a criança nascia sem chorar... e graças a deus não teve nenhum pra dizer que já perdeu a criança.

[Vocês aprenderam com o médico ou uma atendente explicava pra outra?]

Nós tinha uma que era mais antiga e era muito boa naquilo e ela foi ensinando pra gente, experiência uma pra outra. E o médico vinha de vez em quando só pra... e depois nós tivemos um pediatra que ficou aqui um tempo que ensinou muita coisa pra gente lidar com bebezinho. (Assistente Social e Técnica em Enfermagem, 53 anos, branca, trabalha a 31 anos na saúde do município)

Algumas práticas tidas hoje como indesejadas até mesmo pela maior parte da comunidade médica, mas que foram recorrentes na história da obstetrícia, eram usadas no antigo hospital, e aparecem nas memórias das mulheres, tais como manobra de Kristeller, uso de fórceps e episiotomia, esta última utilizada até os dias atuais.

eu senti dor e quando cheguei no hospital não tinha médico porque nessa época o médico ficava pra Alto Paraíso e se tivesse alguma coisa era por telefone. E quando eu cheguei era pra mim ir. Quando eu cheguei lá eu não sentia dor, e a enfermeira, muito boa ela, que ela tocou, falou: "mininu ta nascendo". Aí eu já fiquei nessa posição e o que acontecia, u mininu não nascia porque eu não tinha contração. Aí minha madrinha montou assim em cima de mim, que hoje não pode mais fazer esse *Kristeller* né? E fazia assim e a irmã gritava por tudo que era santo aqui na minha cabeça, e a enfermeira pelejou, pelejou, aí ela fez o remédio, aí com as duas coisas eu ganhei neném. Eu não sei porque eu não senti dor, eu não senti dor do meu último mininu. Aí ganhei ele, fiquei no hospital, no outro dia vim pra casa da minha irmã e foi da mesma coisa, com sopa, o imbiguinho dele foi curado com azeite do mesmo jeito dos outros. (moradora de Cavalcante, 56 anos, 3 filhos nascidos em hospital)

Esse parto foi em 1994, e outros relatos se referem a essa realidade de ter fisicamente um hospital com poucos/poucas profissionais, especialmente médicos e médicas. Essa cena me lembra um pouco as rezas nos festejos das comunidades kalunga onde existe a capela mas quem reza são as rezadeiras, o padre aparece apenas para os batismos. A estrutura colonial está ali marcando uma presença fantasmagórica, mas é a comunidade quem guia o processo. As atendentes, a maioria nascidas em Cavalcante, seguiam principalmente as práticas biomédicas, ainda que tenham aprendido pela prática.

teve uma mulher que chegou no hospital e a gente não tinha ambulância e eu vi que a gente não ia conseguir fazer o parto dela porque ela não tinha passagem. Aí não tinha carro, eu e a colega ligamos pra todo mundo que tinha carro dentro de Cavalcante, você não conseguia ninguém que tivesse um carro. Eu falei: aqui é deus. E eu fiz uma episio bilateral que é cortar pra cá e pra cá, eu cortei ela muito pra tirar essa criança, mas conseguimos. Nasceu toda roxinha, foi muita manobra pra conseguir fazer essa criança chorar, mas deus foi tão bom que a gente conseguiu. Aí eu passei o resto da noite tentando costurar essa paciente. Mas fizemos tudo direitinho. Até hoje eu não esqueço. Eu vejo esse menino, hoje tá um homão, eu vejo ele e não esqueço disso, porque foi um desespero, eu vi que eu ia perder a mãe com a criança, depois que o médico chegou, nós tava com ela no hospital, ele falou: “vocês são loucas, eu não faria esse parto.” E eu falei: o que que nós ia fazer? Nós não tinha pra quem pedir socorro mais. Lembro que na noite nós amanheceu o dia toda arrebetada de dor, porque a noite tentando concertar o que a gente tinha cortado. Mas não ficou sequela nenhuma, graças a deus, a gente conseguiu fazer tudo direitinho, mas foi o parto mais difícil que eu já fiz na minha vida. De você achar eu perdi essa criança e vou perder essa mãe. Ficamos com ela durante 8 dias e depois eu ia na casa dela sempre ver ela. E lá o médico chegou e examinou pra ver se tava certinho. Ele tava em pé [o neném]. (técnica em enfermagem, 53 anos, branca, trabalha a 31 anos na saúde do município)

Entre as entrevistadas foram pouco relatos de uso de fórceps no parto. Provavelmente devido ao fato de que quando as mulheres começaram a ir pro hospital, seu uso já estava menos frequente,

considerando que é mais ou menos já nos anos 2000 que as mulheres vão mais ao hospital no município. Abaixo o primeiro relato é do hospital em Cavalcante e o segundo de Campos Belos.

umas coisas que eu também fiquei muito abalada foi os partos fórceps, que eu vi dois fazendo, e todos dois u mininu nasceu morto. Aí eu fiquei muito assim. (técnica em enfermagem do hospital, 56 anos, trabalha desde 2004 na saúde pública do município, nascida com parteira na comunidade Engenho II) [entre 2007 e 2008]

esse eles tiraram na marra, porque eu não sentia dor. Eu sei que eles puxaram ele... eu lembro até hoje desse parto, eles usaram um ferro em mim. Eu falava com o doutor: "eu não vou ser mulher mais nunca." Porque o médico judiou comigo demais, sem anestesia, sem nada. Naquela época [1999] o médico não tinha responsabilidade tava tomado, tava bebendo cerveja, aí as enfermeiras só falava: "se você denunciar ele, ele vai preso". Mas eu não denunciei, deixei pra outro denunciar. Deixei pra lá, já tava lá ruim, eu sozinha, só eu mais deus, eu quero é ir embora daqui. (moradora do Vão do Órfão, 53 anos, 12 filhas, 9 na roça e 3 no hospital)

Interessante esse relato porque retrata uma cena que é comum ser apontada como crítica às parteiras: o consumo de álcool durante a assistência ao parto. Embora nas entrevistas não me lembro de isso ter sido mencionado, já ouvi algumas vezes falarem das parteiras de forma pejorativa por estarem ingerindo álcool durante os partos. Escutar uma crítica similar em um contexto hospitalar é fundamental para retirar as ideias santificada e imaculada desse ambiente, quase uma dicotomia entre sagrado e profano.

No tempo do hospital antigo existia uma maior interação entre o partejar domiciliar feito por parteiras e o acompanhamento biomédico feito por atendentes e, eventualmente, por médicos.

Minha irmã teve parto gêmeos, ela sofreu, sofreu. Mãe Dominga ela pegou esse parto, aí nasceu um menino e o outro ficou. Aí levou pra dr Geraldo. Aí dr Geraldo falou que não tinha mininu na barriga aí minha tia falou: "tem sim! você quer ver eu virar ele aí?" u mininu tava coisado...ela pegou virou u mininu e u mininu nasceu. Na unha do médico lá. Aí ele deu foi parabéns pra ela. Porque ele

falava que só tinha um, já tinha nascido um e só tinha mais um. Ela ganhou um aqui e o outro teve que sair com ela nas carreira. (moradora do Vão do Órfão, 53 anos, 12 filhas, 9 na roça e 3 no hospital)

pegou mininu dentro do hospital em Cavalcante. Ela tava grávida de gêmeos e mandaram ela pra Cavalcante, aí eles tava com ela no hospital, ia fazer o parto dela sem anestesia, o pai não aceitou cortar. Aí madrinha Dominga foi entrou, passou a mão na barriga dela, fez a oração que ela sabia, falou: pode segurar o neném, rapidinho u mininu nasceu. Eles ainda aplicou injeção que ela tava ruim do braço e ela ficou foi ruim desse braço. Aí hoje us mininu tá todos dois aí. (moradora do Vão do Órfão, 66 anos, 8 filhas, 6 em casa e 2 no hospital, 1 cesárea)

Já ouvi muitos relatos de parteiras de outra regiões sobre situações como esta em hospitais. Talvez os dois relatos acima tratem da mesma história, com versões diferentes, quem conta um conto aumenta um ponto. A questão é que ele retrata uma interação entre parteira e médico, relativamente harmônica ao mesmo tempo que, na minha leitura, uma disputa de saberes, sendo que em ambas visões das entrevistadas a parteira é valorizada em seu saber frente ao saber médico.

Ainda que a estrutura hospitalar fosse bastante precária do ponto de vista biomédico, as mulheres começaram a buscar esse local para parir.

Até 92 as mulheres ganham neném em casa aqui. Aí depois de 92 as pessoas começou a procurar hospitais, porque é muito sofrimento você ficar em casa, você não sabe como essa criança tá dentro de você, se ela pode virar, se ela ta encaixada....as pessoas começaram a procurar hospitais até pela segurança da mãe e da criança. (moradora do Rio Preto, 56 anos, neta e filha de parteira, 4 filhos, 2 em casa e 2 no hospital)

A transição das partições do seio da comunidade para os hospitais se deu em tempos diferentes nas comunidades, estando relacionada à presença ou não das parteiras mais experientes; à construção das vias de acesso, estradas e portanto à maior ou menor complexidade de acesso com relação as condições geográficas de cada localidade; ao acesso à veículos, que está diretamente vinculado às condições econômicas da comunidade. Nas comunidades, a morte de alguma mulher em tempos que já era possível,

ainda que difícil, o deslocamento até a cidade significou um corte mais abrupto, talvez definitivo, com a parição em casa.

Aqui nem tem mais parteira né? Porque alguém já te falou, antes era parteira mesmo, buscava longe. Meu marido mesmo era acostumado, lá na Cabeceira do Vão, que eu morava lá antes, costumado sair meia noite pra buscar parteira pras vizinhas. Pra mim não chegou esse ponto, porque os meus já foi tudo no hospital. Inclusive na época morreu a mulher de um primo meu, lá na Cabeceira do Vão. Era o quarto filho, era muito fácil os parto dela, era muito novinha. Aí ela ficou passando mal, disse que ia ganhar, daqui a pouco começou a sangrar, aí morreu de tanto perdeu sangue. Eu tava grávida do meu primeiro. Foi em 80. Aí com isso minha tia disse: “você pode caçar jeito, tomar providência e ir pra cidade”. Nisso eu tive todos os três na cidade. Toda vez eu ia. (Moradora da Capela, 65 anos, 3 filhas em hospital)

O relato anterior é de uma moradora do povoado Capela, quando ainda vivia na Cabeceira do Vão. Esta região está mais próxima da cidade de Cavalcante, com uma serra de acesso um pouco mais fácil do que a serra do Vão de Almas, por exemplo. Além disso, essa região tem estrada de acesso, sem serra, para a cidade de Colinas do Sul. E ainda é uma região aparentemente com maior circulação, produção econômica, região de fazendas particulares que contratavam as pessoas remuneradamente. Tudo isso influencia na tempranidade da transição.

Essa transição casa-hospital como lugar de parir teve fases, não foi uniforme para todas as mulheres, mas existe um movimento similar coletivo. Nesse movimento existiu ainda um primeiro momento de muita resistência e desconfiança, bem como de estranhamento com a cultura biomédica. Escutei algumas histórias de mulheres que moravam na roça, foram pra cidade pra ganhar neném, mas acabaram parindo com parteira em casa na cidade.

o parto quem pegou foi minha tia, lá na beira do Matias<sup>25</sup> que eu ganhei ela, não precisou nem ir pro hospital. Eu fui pra lá pra ganhar no hospital, mas aí quando eu dei a dor, minha tia era parteira e nós mandou ir atrás dela, que eu não queria ir pro hospital, eu tava com medo. Que a gente não tinha costume assim, e eles

---

25 Bairro de Cavalcante.

falava com gente\_ que as mulher, em casa, eles põe a gente num acento né?\_ e no hospital era deitada, e eu falava que eu não aguentava essa dor deitada. Aí botava a gente sentada. Aí eu ganhei ela lá no Matias. Colocava um toco e forrava. (moradora do Vão do Órfão, 53 anos, 12 filhas, 9 na roça e 3 no hospital)

[ficou deitada com as pernas pra cima no hospital. o que você achou dessa posição?] não gostei não, que o costume da gente aqui não é assim né? E aqui quem olhava a gente é mulher, e lá já é homem. (moradora da Prata, 55 anos, 13 filhas, um tanto com parteira e um tanto no hospital)

Escutei três histórias de mulheres que estavam em grandes cidades com recurso hospitalar maior e decidiram vir pra Cavalcante, uma inclusive ir para a roça para parir com a parteira. São histórias desse momento que estou chamando transitório, antes do hospital se firmar como o “melhor lugar” para parir por sua estrutura tecnocentrada.

eu engravidei lá [morava em Brasília] e vim porque lá não tinha quem cuidasse de mim. Aí eu vim ganhei aqui no hospital e fiquei aqui na casa da minha tia. (...) eu não tinha muita experiência, mas tava minha tia, minha mãe. Eu acordei, sentia uma dores na cadeira, pensa numa dor enjoada? Aí eu fiquei com dor, e aí eu fui pro hospital umas 3 horas da manhã. Foi a coisa mais interessante eu acabei de parir e ele me colocou pra descer e pra tomar banho 5 horas da manhã no mês de maio, e eu voltei e deitei. E não tive nada. Porque antigamente lá no Engenho quando as mulher paria, ganhava hoje banhava só no outro dia porque não podia. Eu já banhei pé, cabeça tudo. (moradora de Cavalcante, 56 anos, 3 filhos nascidos em hospital)

Outro aspecto desse momento de transição é que as parteiras recomendavam aquelas mulheres que tinham tido partos complicados ou que por outra razão elas avaliavam como sendo uma gestação de alto risco, a irem parir na cidade. Como me conta uma moradora do Vão de Almas, 45 anos, que teve dois partos complicados, um deles a vida do neném<sup>26</sup> nasceu primeiro e só horas depois o bebê nasceu já morto. Depois desse parto complicado quando foi a próxima gestação as parteiras falaram para ela ir pra

---

26 A vida é o que a ciência branca chama de cordão umbilical. Essa complicação num parto é chamada pela medicina institucional como prolapso de cordão, é um caso raro e bastante complicado, pois quando o cordão nasce primeiro a pressão que o bebê faz no canal vaginal interrompe o fluxo entre placenta e bebê, deixando o bebê sem vida.

cidade ganhar no hospital porque poderia dar problema, e assim foi, e ela teve cesárea porque o menino tava atravessado.

O novo hospital foi inaugurado com sala de cirurgia, sala de parto equipada, encubadora, mas não havia profissionais para usá-los, tendo seguido funcionando de forma parecida ao antigo hospital.

quando eu cheguei aqui foi no começo da inauguração desse hospital então a história anterior que eu sei é que os partos eram feitos no posto de saúde que hoje nem existe mais. E era também o hospital da cidade. Durante um tempo a gente fazia parto aqui com muita frequência, só não fazia cesárea. Isso até 2008 talvez um pouco mais, depois com a legislação, vigilância sanitária, CRM, como a gente não tem anestesista, não tem pediatra, aí não deixaram mais a gente fazer parto aqui, a não ser quando chega em período expulsivo que você não tem tempo para mandar pra nossa cidade de referência que atualmente é Campos Belos, umas duas horas de viagem, ou caso complicado, vai pra Planaltina-DF. Mas antes era feito muito parto aqui, e antes disso havia muito as parteiras, tinha até curso de capacitação pra parteira, cheguei a participar de alguns. Hoje em dia também diminuiu muito a assistência de parteira porque o pessoal prefere ir..., faz o pré-natal na cidade mas o parto geralmente em Campos Belos ou Planaltina. A gente não tem feito mais parto aqui, o parto normal, porque há essa alegação que o risco...eles tem razão né? Cada parto é um mistério. Então já aconteceu de começar a fazer parto aqui dá problema ter que sair correndo, mas é difícil, geralmente parto é tranquilo. (médico plantonista no Hospital Municipal de Cavalcante, 68 anos, branco, nascido em hospital de capital, trabalha há 20 anos na saúde do município)

Embora não tivesse uma equipe profissional pra atender partos segundo os critérios legais, a presença de médicos começou a ser mais rotineira, mais fixa. A inauguração do novo hospital, coincidentemente ou não, é simultânea em tempo cronológico a um maior deslocamento das parições de casa para o hospital.

Porque logo assim era pouco médico, pouco atendimento lá, aí quando cresceu mais, aí não podia as parteira mais, igual mãe, tia Josefa, mãe domingos, não

podia mais olhar mulher. Aí se a mulher desse dor, tinha que levar pra rua<sup>27</sup>, não podia pegar não, que se desse um problema, a parteira ia se lascar. Aí não pegava mais não. Depois que cresceu mais né? Aí se desse dor tinha que levar pra Cavalcante. (moradora do Vão do Órfão, 53 anos, 12 filhas, 9 na roça e 3 no hospital)

foi atrás da Ramira, ela disse que não tinha condições de ganhar em casa. Aí me colocaram numa caminhonete, me levou pra Cavalcante, não tinha ambulância nesse tempo, a caminhonete me levou pra Campos Belos quando fez a cesariana. Aí eu não fiquei mais esperando quando eu engravidada eu já ia pra casa dos meus parentes em Planaltina já pra esperar pra ganhar. (...) Da primeira cesariana eu tive infecção eu fiquei 30 dias no hospital e o neném teve bronquite. (moradora de São Domingos, 50 anos, pega pela sua bisavó parteira, 3 filhas de cesariana) [há 30 anos atrás]

Pelos relatos foi entre 2005 e 2010 no Vão de Almas que mais mulheres começaram a ir mais pra cidade para fazer pré-natal e também para parir. Algumas fizeram esse movimento antes mesmo de ter estrada, percorriam a pé com o barrigão uma longa distância até a estrada mais próxima, perto da comunidade Engenho II. Buscavam apoio de parentes, muitas vezes distantes, que tivessem casa na cidade para poder ficar esperando a hora do parto. Muitas relatam a dificuldade dessa situação de ficar de favor na casa dos outros. Uma delas comenta que tinha uma enfermeira, no início dos anos 2000 que recebia as mulheres na casa dela para esperar o momento de parir, ela fazia massagem, raspava os pelos e levava pro hospital na hora.

fiz dois pré-natal. Tinha estrada mas o carro era diferente, tinha vez que tinha carro, tinha vez que não tinha, os rio tudo cheio pra passar, não tinha como a gente tá atravessando. Hoje que tá mais fácil, tem duas pontes aqui na comunidade kalunga, dá pra andar mais, aí quando o rio ta cheio vai arrudeia e passa nas pontes e vai pra Cavalcante, mas de primeira era difícil demais pra gente viajar pra fazer pré-natal. (Moradora do Vão de Almas, 39 anos, 3 filhas, 1 em casa com parteira e dois no hospital)

---

27 “A rua” é a forma como muita gente da roça se refere ao centro urbano de Cavalcante.

Foi 6 meses eu pelejando para recuperar da cesariana. Foi difícil demais pra nós aqui da roça, e eu vim de lá antes de inteirar um mês lá da cidade, porque na época nós não tinha casa lá, ficava na casa dos outros, quando passava de 3, 4 dias o povo já tudo com a cara ruim (moradora do Vão de Almas, 45 anos, nascida em mãos de parteira, 8 filhas, alguns nascidos com parteira, outros em hospital)

A maioria das mulheres que ouvi que decidiram parir no hospital falaram sobre ir já ganhando. Algo que também foi relatado por uma enfermeira e um médico. Sobretudo aquelas entre 20 e 40 anos, mas também as mais jovens.

normalmente a gente espera a dor pra poder ir, porque é muito difícil, muita gente não tem casa lá em Cavalcante pra ficar esperando lá, aí espera a dor aqui e vai, se conseguir chegar no hospital a tempo, é um jogo. (...) [deu dor aqui e como você foi pro hospital, veio a ambulância?] Não, é muito difícil vir a ambulância aqui pra São Domingos, eles tem vez que não acredita, aí tem que se virar, pagar frete, carro pra poder levar a gente. (Moradora de São Domingos, 21 anos, 2 filhas nascidas em hospital)

[você só foi quando a dor apertou?] é, quando já tava bem apertada, que uns já falava também, se você for antes, você vai sofrer, que eles lá não fica igual que aqui, um dá um remédio, um dá uma massagem, e lá no hospital não é assim. O medo que eu tinha de ir pro hospital também era isso. (moradora da Prata, 53 anos, 7 filhas, 5 em casa)

Seja para ter os primeiros cuidados em casa, ou por não querer estar só no hospital ou, mais recentemente, para ter a chance de poder parir em Cavalcante, já que isso só acontece se a mulher chegar no hospital com o trabalho de parto já bem avançado, praticamente no expulsivo.

É, quando já tava bem apertada, que uns já falava também, se você for antes, você vai sofrer, que eles lá não fica igual que aqui, um dá um remédio, um dá uma massagem, e lá no hospital não é assim. O medo que eu tinha de ir pro hospital também era isso. (moradora da comunidade Prata, 53 anos, 7 filhas, 5 nascidos em casa, e 2 no hospital)

como minha mãe falava que era melhor a gente vê que tava sentindo dor de verdade pra ir pro hospital, aí eu preferi ficar mais um pouco, minha tia tava lá e me ajudou também. Eu dei dor as 6 da manhã e fui pro hospital meio dia. Aí me encaminharam pra Campos Belos. (moradora do Vão de Almas, 23 anos, nascida de parteira, 1 filho nascido em hospital)

fui no hospital, chegou lá no hospital doutor fez o toque e disse: “você não vai ganhar hoje não.” Eu disse: “uá minha previsão é hoje dia 12”, e eles duvidou. Aí eu saí passei no mercado, comprei uma carne, fui pra casa da minha madrinha [isso tudo com dor?] com dor! Eu não queria ir pro hospital que eu já tinha ido, sabia como era. Fui cozinhar. Aí confoi um pouco foi minha mãe: “eu trouxe um remédio pra você beber e banhar.” Aí eu cumi poquinho, aí minha madrinha: “parece que você tá com dor”, aí eu: “não, tô com dor não, quando eu tiver com dor você vai ver a carona minha descambada.”. Tinha um toco eu sentei no toco, no cepo. Aí a dor veio, aí falei: “minha madrinha agora eu to com dor.”. Ela ligou pra ambulância, coloquei um pano nas pernas, e nem fui pra sala de parto, foi logo nasceu. (Moradora do Vão de Almas, 46 anos, 7 filhas, 4 nascidas em casa com parteira e 3 no hospital de Cavalcante, neta de parteira)

como a gente já conhece, sempre conheci minha mãe fazendo, minhas primas, as vizinha mais próxima fazendo, aí eu comecei a sentir uma dorzinha, tava só eu e meu primo em casa, aí quando eu comecei a sentir eu fiquei naquela dúvida, será se era dor de ganhar ou se era friagem. Aí eu peguei e fiz um chá de cebola com pimenta do reino bem forte, aí a partir do momento que eu tomei esse chá, aí vi mesmo que a dor esquentou. Aí chamei meu primo e ele pediu a ambulância e foi pro hospital. (moradora do Vão do Moleque, 34 anos, 4 filhas, todes nascidas em hospital)

Já no Vão do Moleque os relatos de parto em hospital são abundantes na segunda metade da década de 90. Provavelmente coincide com a data que as últimas parteiras mais experientes, Sirila e Ricalda, já não estavam mais vivas ou em condições de acompanhar.

Uma moradora do Vão do Moleque de 61 anos conta que os dois primeiros filhos ganhados na comunidade morreram com 8 dias, com isso ela foi pro hospital e o médico falou que era falta de vacina, “aí quando eu ganhei esse outro as coisa já tava melhor, foi melhorando, aí eu fui pra hospital, aí consultava direto, fazia exame com o médico, aí passou a vacina, eu tomei a vacina e acabou o problema”. A ampla vacinação contra tétano durante a gestação representou uma considerável diminuição no caso de óbitos neonatais, que muitos era por causa do mal de sete dias, o tétano.

As que começaram a ir fazer pré-natal e parir no hospital ainda na década de 90, quando não havia estrada, contam as dificuldades que passavam: “a segunda foi em 1991, naquela época era muito difícil ir pra Cavalcante, era a pé ou a cavalo, aí fica na casa dos outros lá” (moradora do Vão do Moleque, 52 anos, 6 filhas, um nascido em casa com parteira, os outros no hospital). Realidade semelhante à contada por uma mulher sobre São Domingos:

[porque você decidiu parir no hospital?] o povo mais velho já tinha morrido quase todo mundo. Também o povo aconselhava que a gente tinha que ir pro hospital, tinha que fazer pré-natal, aí já não era daquele tempo que o povo não fazia pré-natal, aí eu vim. [Aí no pré-natal falavam pra você vir antes?] Falavam, pra mim vir todo mês pra fazer, pra vê como o neném tava, se o batimento tava bom. (...) ia pra Cavalcante andava 12km a cavalo até o ponto pra pegar carro pra ir. Umas vez pegava carona, outras vez passagem mesmo. (Moradora de Cavalcante, 44 anos, 4 filhas nascidas em hospital, se refere a seu primeiro filho, em 1998, quando morava próxima a São Domingos)

Já as que tiveram filhas depois de 2010 contam que vão com o caminhão da prefeitura, que faz o transporte uma vez no mês ou pagam o transporte, geralmente na caçamba. Tem caminhão da prefeitura nas comunidades de Vão de Almas e Vão do Moleque.

Em São José houve um relato de já na segunda metade da década de 80 ter algumas famílias que buscavam o hospital para parir. Se intensifica na década de 90. Embora até início de 2000 ainda ocorreram partos na comunidade assistidos pela parteira Sercunda quando ainda viva. Mas os que são dos anos 2000 não foram planejados pra ser em casa.

a gente não tinha condição nenhuma de sair de fazer um pre natal nem nada. Aí uma vez eu fui em Cavalcante tomar a vacina contra tétano, aí eu fiz o teste se eu ganhava normal ou se não, o médico falou que não.

[Como era o teste?]

O teste eles te dava o toque.

[Mas você não estava em trabalho de parto nem em tempo de ganhar?]

Não. Eles dava o toque pra saber se tinha passagem pra ganhar o filho. Aí quando foi na época de ganhar eu fui pra Cavalcante, mas eu senti só o sinal mas não senti dor não. A bolsa que arrebentou. Aí eu fui pra Campos Belos aí eles tirou.

(moradora de São José, 50 anos, 2 filhas nascidas de cesariana)

Este “teste se ganha normal ou não” foi relatado por aproximadamente 5 mulheres. Me pergunto que teste é esse que meses antes do trabalho de parto o médico faz toque pra saber se a mulher pode ou não ganhar normal. Isso foi em 1993.

Na região Capela e Cabiceira do Vão, na década de 80 ainda os partos eram predominantemente em casa, mas já havia algumas que conseguiam transporte de emergência ou que iam antes pra cidade.

ela era casada com um rapaz aqui, ele só na garapa, deixou ela lá sozinha ali, aí eu fui lá, passei, e ela é daqueles povo assim, parado mesmo, ela não falou nada que tava sentindo dor. Aí eu fui lá, "você não vai embora pra Cavalcante? Já tá nos dias de ganhar neném", ela falou: "não, eu vou amanhã". Aí quando voltei pra cá, falei com o rapaz "rapaz você ta deixando sua mulher sozinha lá", [ele disse] "não, mas nós tá brigado". Aí quando dei fé ele chegou, já era meia noite ele tava me chamando. Aí ele falou assim: "minha esposa tá sentindo dor" aí eu levantei fui lá. Aí ela "eu tô sentindo dor pra ganhar neném". Quando eu vim aqui buscar o carro pra levar pra Colinas, quando dei fé ela falou assim: "minha bolsa estourou" aí o menino nasceu dentro do carro mesmo, tava eu, o marido dela e ela. Aí também nós só amarrou ele num pano aqui e descemos pra Colinas, nem o imbigo aqui cortou não, desceu direto, chegou lá cortou o imbigo. (Agente de Saúde da Capela, 46 anos)

A comunidade do Prata e as comunidades Rio Preto e Capela são localidades com um grande desafio com relação a assistência ao parto do ponto de vista institucional: embora estejam dentro do

município de Cavalcante, os hospitais que atendem parto mais próximos estão em outros municípios, no caso da Prata a cidade Paranã Tocantins, e no caso de rio preto é Colinas do Sul- Goiás, sendo que o hospital de Colinas tem um porte parecido com Cavalcante, e os casos mais complicados são encaminhados para Niquelândia, que envolve um longo trecho de estrada de chão precária.

No caso de Capela e Rio Preto não é apenas a distância em quilômetros, mas dificuldade da estrada com uma serra no meio: "aí sempre que alguém sente alguma dor aqui, alguma coisa, ninguém vai pra Cavalcante. Aquela serra é difícil, é muito demorado subir ela" (moradora da Capela, 37 anos, 7 filhas em hospital). No relato abaixo uma mulher que teve a experiência de ir para Colinas e ser encaminhada pra Niquelândia, e acabou indo em outro parto para a casa de um conhecido em Planaltina de Goiás, por conta do trauma. Colinas do Sul está a aproximadamente 43,8 km do povoado Capela, a maior parte do trecho é estrada de chão, aproximadamente 1 hora de viagem, Niquelândia está a 91,6km de Colinas do Sul, também estrada de terra, aproximadamente 2 horas de viagem.

foi apavorante, porque a gente tá num momento ali, que uma dor do parto é muito triste e você chegar e saber que não tem o socorro no seu município, e você ter que ir pra outro município, chegar em outro município você ter que ir pra outro... é desesperador. Uma mãe não pensa nela, pensa no filho. A gente pensa o meu deus, será que vai conseguir, será que meu filho não vai passar da hora de nascer, é tanta coisa que passa na cabeça da gente, é muito ruim, é horrível. (moradora da Capela, 37 anos, 7 filhas em hospital)

As mulheres geralmente são direcionadas pelos agentes de saúde a fazer pré-natal em Cavalcante, contudo, muitas vão pra essas outras cidades para parir ou esperar o parto, tanto pela distância, quando já vão com dor, quanto porque algumas tem casas de parentes nessas cidades e não em Cavalcante. Do ponto de vista dos recursos e gestão pública, essa situação gera conflitos, que podem resultar em menor verba e atenção direcionada a essas comunidades.

São Domingos comparado a São José, Vão de Almas, Vão do Moleque é mais próximo do perímetro urbano e tem estrada com pontes menores e já presentes a mais tempo, por tanto, uma maior facilidade de locomoção e chegada na cidade em menor tempo. Talvez esse seja um dos motivos por apresentar uma história ligeiramente diferente do Vão do Moleque e Vão de Almas. Em São Domingos tem mais relatos de partos em hospital já no início da década de 90, e por outro lado, tem mais relatos de partos em casa entre 2010 e 2020, e mais relatos de que as mulheres esperam a dor na comunidade para

então ir pra o socorro. Mas o que marca efetivamente uma mudança é o adoecimento da parteira mais velha, Ramira, e de sua filha Ademir. Ramira, segundo relatos, orientada a não mais atender partos, geralmente encaminhava as mulheres para o hospital, mas muitas mulheres ficavam na confiança dela, e como não dava tempo de chegar no hospital, tinham ali mesmo.

as que teve neném na época que eu tive, tudo foi no hospital, porque na época o pessoal já tinha medo, porque sofreu muita mulher aqui. As mulher mais velha teve delas que as vezes o parto não era bom, normal, assim elas já sofreu muito. já as mais nova eles já procurou o socorro né?(moradora do São José, 47 anos, 2 filhas de cesariana)

Ramira era enfermeira, eles passava pra ela que ela não podia fazer parto em casa porque corria risco, aí encaminhava as mulher. (...) Ademir foi a ultima parteira, filha da Ramira, ela já pegou muita criança de ultima hora. (moradora de São Domingos, 50 anos, pega pela sua bisavó parteira, 3 filhas de cesariana)

O derradeiro que nasceu em casa tem 8 anos, com Ramira. Depois que dona Ramira ficou de idade aí é que ela num pode mais fazer parto mais, mas todo tempo era ela que fazia os partos das mulheres. Aí depois que ela ficou de idade ela não aguentou mais sair pra ficar fazendo parto aí teve que ir pro hospital. Só uma filha dela que começou a aprender, mas adoeceu. (...) quando elas [as filhas] engravidaram tia Ramira não fazia mais parto, não tinha outras parteiras aqui teve que ir tudo pro hospital. (Moradora de São Domingos, 50 anos, 10 filhas, 7 em casa com parteira)

Como foi mostrado em um relato mais acima por uma moradora do Vão do Órfão, a posição de parir é muito diferente no hospital. Considerando o saber de algumas parteiras e as tais evidências científicas atuais que preconizam os partos verticalizados por diversas razões, perguntei sobre a questão da posição de nascimento. Também queria entender o que as mulheres preferem, e se elas eram respeitadas em sua vontade, uma vez que eu também já ouvi diversos relatos sobre a proibição da mulher ficar na posição que melhor se sente durante os partos hospitalares.

Uma moradora do Vão do Moleque que teve 7 filhas em casa com parteira e 3 em hospital me conta sobre a questão da posição: "eu não guento sentir dor deitada". Ela foi deitada na ambulância e no

hospital pariu deitada, perguntei se ela chegou a pedir pra estar em outra posição e ela disse que não. Esses partos foram provavelmente na década de 90, quando no Brasil quase não se falava em violência obstétrica e em autonomia das mulheres. Mesmo sendo o 8º filho, fizeram episiotomia nela: "pra mim não precisava mais não, já tinha ganhado esse tanto, não precisava mais. Moça esse trem é ruim demais".

deitada demora mais, a mulher não tem força pra ganhar o mininu. Eu achei muito ruim. (Moradora da Prata, 48 anos, 11 filhas, 2 em hospital)

As que foram transportadas com dor eu sempre perguntava como que era o trajeto na ambulância em trabalho de parto "foi ruim com os baques, deitada"(moradora do Vão do Moleque, 24 anos, 2 filhas nascidas em hospital Planaltina e Campos Belos).

sair com dor não é bom não. ( Moradora do Prata, 14 anos, 1 filho nascido no caminho pra o hospital)

é difícil a gente viajar sentindo dores, não é fácil, mas é a vida né?(moradora do São José, 43 anos, 5 filhas, 3 perdas e 2 nascidas em hospital, transportada em trabalho de parto de Cavalcante pra Campos Belos)

[como foi o trajeto na ambulância com dor?] foi bem complicado porque a gente não podia ficar nem deitada, nem sentada, porque deitada a gente não consegue mesmo, e sentada a gente não podia ficar muito sentada. (Moradora do Vão de Almas, 31 anos, 4 filhas em hospital)

foi ruim porque a ambulância é aquelas que tem só uma caminha assim para gente deitar, só que eu nem conseguia deitar. (moradora do Vão de Almas, 23 anos, nascida de parteira, 1 filho nascido em hospital, transportada de Cavalcante pra Campos Belos 5 anos atrás)

a gente naqueles pulacê dentro de ambulância, você sofre demais, você andar assim com dor em ambulância é ruim demais. (Moradora do Vão de Almas, 50 anos, mãe de 8, alguns nascidos em casa e outros em hospital)

Alguém pode ver essa frase e pensar: nenhuma situação é boa pra quando tá com a dor de parto. Mas pela experiência de quem pare e de quem acompanha partos, tem situações muito mais diboas que outras.

O pique, nome mais popular para o procedimento episiotomia, é uma das técnicas que foi/é usada de forma rotineira na assistência ao parto biomédica. É uma das práticas hoje não recomendadas de rotina que encontra bastante resistência nas práticas médicas para que seja abandonada. É uma intervenção que afeta a saúde das mulheres no pós-parto e que as vezes deixa sequelas por muito tempo. Muitas mulheres se queixaram do desconforto e de problemas com a cicatrização, inclusive grande ocorrência de infecção.

tive[pique] e foi minha maior dificuldade. Me deu uma fadiga muito grande. E por muito que eu morava na cidade grande eu não sabia algumas informações, não sabia de assepsia, que tinha que lavar com sabão, passar água em abundância. Parece que eu tinha até medo de triscar por causa da linha. Aí eu peguei um pouco de infecção, doeu tanto que nem a dor de parir enjoou tanto como esses pontos. Depois que eu já tava com essa angustia, com essa ardência, um pessoal me ensinou, tem um capizim que tem, não sei que é, eu fervei e fiz um banho, com cinco dias já tinha normalizado. Não lembro o nome, foi a vizinha que conseguiu. (moradora de Cavalcante, 56 anos, 3 filhos nascidos em hospital) não levei pique nenhum não. Nessa época era muito difícil eles fazer, hoje toda coisinha eles faz o tal desse pique. Agora eles parou dinovo, tem mulher que não dá bem, quando passa o tempo esse lugar desse pique fica arrebetando direto, já vi várias mulher falando. (moradora do Vão de Almas, 45 anos, nascida em mãos de parteira, 8 filhas, alguns nascidos com parteira, outros em hospital)

desse que não leva [pique] parece que a gente recupera mais ligeiro que dos que a gente leva. Você pra banhar é ruim, até pra você sentar é ruim. E sem dar pique nenhum, logo recupera. (Moradora do Vão de Almas, 50 anos, mãe de 8, alguns nascidos em casa e outros em hospital)

o parto em casa eu acho que era bem mais tranquilo, as mulher não levava aquele pique, as mulher hoje sofre muito com aquele pique que eles dá. (Moradora de São Domingos, 50 anos, pega pela sua bisavó parteira, 3 filhas de cesariana)

[episiotomia, como foi a cicatrização?] Incômodo demais. [depois quando você voltou a ter relação você sentiu alguma dor?] Dói, no corte incomoda muito nas

primeiras relação, eu achei muito horroroso, mau conforto. [e até hoje você sente ou já parou de sentir?] É uma coisa assim que sarou, mas tem a cicatriz. E se acontecer de machucar com alguma coisa, até com calcinha apertada, tudo incomoda, é só a gente vestir uma roupa apertada que passa assim e machuca, desconfortável. (moradora do vão de almas, 25 anos, 5 filhas nascidas em hospital)

Conforme os dados é possível ver que o número das que tiveram episiotomia é similar a taxa nacional de 10 anos atrás da rede pública (47,3%)(Leal, et al. 2019): das 60 mulheres que responderam a essa pergunta, 45% passaram por essa intervenção ao menos em um parto. Lembrando que esses partos ocorreram nos últimos 25 anos. Uma questão importante é que muitas mulheres narram que a neném nasceu sem a equipe do hospital ver, e a maioria já ia pra o hospital com o trabalho de parto bastante avançado. Ainda assim, muitas relatam a episiotomia padrão. Apenas as que tiveram filhas nos 2 últimos anos relataram menos episiotomia, e é perceptível que o hospital de Planaltina aboliu a rotina dessa prática, enquanto outros hospitais, como Campos Belos e Cavalcante, ainda usam de praxe. Uma moradora do Vão do Moleque de 24 anos que foi encaminhada pra o hospital de Planaltina diz “eles falaram que agora não pode mais ter pique”.

Deu dor em Cavalcante passou uma noite no hospital, eles suspeitaram que eu não ganharia normal e como não tinha como fazer uma cesariana, não tinha centro cirúrgico, eles me mandaram pra Campos Belos, que atendia o pessoal de Cavalcante. Nesse parto eu tive pique e não foi muito bom não, porque inflamou, infeccionou, levei um tempinho pra melhorar, tive um estado febril depois do parto. (Moradora do São José, 43 anos, 5 gestações, 3 perdas, 2 filhas nascidos em hospital)

[você acha que a recuperação do segundo parto sem pique foi mais rápida do que a que levou pique?] Foi, muito, nossa! Quando eu dei pique, quando eu ia pro banheiro fazer as necessidades era muito esquisito, era muito ruim, doía mesmo, e já o normal que eu não dei pique era normal, não sentia dor nenhuma. (moradora do vão de almas, 25 anos, 5 filhas nascidas em hospital)

Uma das perguntas das entrevistas era a respeito da ruptura de períneo, partindo da tese de que os cuidados tradicionais das parteiras diminui a probabilidade de ruptura(Floriano, Juliana Toledo Watson;

Odeh Muna Muhammad, 2020). Esse foi um dado difícil de ser mensurado, pois muitas vezes existe uma pequena laceração que é cuidada com banhos, e muitas vezes as mulheres nem a percebiam. No hospital é mais fácil ser percebido porque elas levavam ponto após o parto. De todas as formas, das 51 mulheres que responderam a essa pergunta apenas 9 relataram ter tido algum tipo de laceração.

A maioria fica aqui esperando, porque a gente sempre não vai saber o dia certo e ficar lá esperando é ruim de mais, e a gente que já tem os filho da gente vai deixar com quem? Tem que ficar cuidando.(Moradora de São Domingos, 21 anos, 2 filhas nascidas em hospital)

O parto não tem hora, nem dia, nem semana marcada. Pode acontecer entre 37 e 42 semanas de gestação, em um contexto fisiológico, ou seja, com a bebê já formada e capaz de viver fora do útero. Com a retirada do parto das comunidades, as mulheres precisam buscar pouso em lugares onde há hospital, seja em Cavalcante, seja outras cidades. Isso envolve deixar casa, animais, plantas, filhos sob cuidado de outros, e muitas vezes de ficar de favor na casa de outros. Algumas pessoas tem casa na rua, outra não.

nesse tempo não tinha carro, tinha que aproveitar quando tinha pra ir. Aí fiquei na casa de parente lá até o dia do mininu nascer. (moradora do São José, 43 anos, 3 filhas, 2 nascidas em hospital e um em casa, se refere a 1997)

gestação foi boa, mas o parto foi demorado, eu sofri demais pra ter a primeira menina. Que aí eu fui pra Cavalcante pra ficar lá, minha mãe arranhou uma casa, aí nós ficou lá, aí demorou mais de mês ainda pra eu ter. Quando dei dor eu sofri demais, foi uma noite e meia com dor. Eu dei dor às 9 horas e fui ganhar mininu no outro dia meio dia e meio da manhã, só sofrendo. Eu fiquei internada em Cavalcante aí não deu jeito, me mandaram pra Campos Belos. Aí chegou lá foi rapidão eu ganhei. (Moradora de São Domingos, 32 anos, 5 filhas, 4 no hospital e 1 em casa porque não deu tempo)

Fiquei em casa um pouco com minha mãe, ela ficou um bom tempo comigo em casa, depois que a gente foi pro hospital, eu tava em Goiânia já. Aí a gente foi pro hospital, depois eles mandaram a gente embora pra casa. Aí eu fui dinovo aí depois desse dia me mandaram dinovo pra casa, aí minha mãe e meu marido

falaram que não era pra mandar mais. Aí eles me mudaram para o hospital que ia me receber e eu fiquei lá [explica que foi cesariana por que não cedeu bacia] (...) eu tive infecção hospitalar após o meu primeiro filho, 8 dias após ter ele. Eu fui piorando e aí eu inchei inchei já não via nada me lavaram para o hospital, tiveram que me abrir dinovo pra tirar os pus, teve que colocar um treno. Minha recuperação foi bem lenta. (moradora do São José, 39 anos, 4 filhas, 2 perdas e 2 cesarianas)

quando eu operei da derradeira minina, eu ganhei ela era meio dia. Eu saí daqui com dor, lá da Cabeceira do Vão, saí daqui com dor, aí fui lá pra Brasilinha, a minha cunhada aqui, falou: "fica na casa duma amiga minha que tem aqui". Quando nós chegou lá ela ligou pra essa mulher, falou: "pode trazer ela". E eu já fui com dor, fiquei 8 dias com dor, quando foi de noite aí a dor apertou, aí eu chamei ela. Quando eu operei eu tava com 29 anos, quando eu tive essa filha. Aí eu ganhei ela meio dia, aí eles não me operou nesse dia, no outro dia que eles veio fazer a ligação. Aí foi muita dor, foi dor assim que eu não sabia de onde saía tanta dor da minha vida, chega eu sentia sair aquela faísca de fogo dos meus olhos, e não tinha ninguém pra cuidar de mim, que eles não aceitou ninguém entrar. E era particular, pagou particular pra eu poder ganhar essa menina e operar também. a menina chorando e eles falava: "você tem que levantar" e eu falei: "levantar como?" que eu tontinha, como eu levantava pra pegar a menina do berçário pra botar junto de mim pra dá de mamar? A barriga tava inchada. Aí no outro dia me deram alta, meus primo que mora em Brasília foi me buscar no hospital, eles ligaram lá e falaram pra eles: "não tem ninguém cuidando dela", aí eles foram me buscar na hora, aí fui embora pra casa da minha prima. Fiquei até com vergonha da amiga da minha amiga que tinha me recebido lá. Aí fiquei um mês lá na casa da minha prima, aí eu vim embora pra roça dinovo.(moradora da Capela, 64 anos, 4 filhas, um em casa e 2 em hospital em Brasília)

Observo que a lógica de parir fora de seu território depende totalmente da rede comunitária que existe para além dos limites geográficos do território. Interessante perceber que a logística dos partos serem hospitalizados da forma como é no município depende de uma forma tradicional de organização

social. Muitas mulheres esperam a hora do parto na cidade, para isso elas precisam ter uma rede familiar que permita que elas fiquem sem custos na casa de alguém, ou precisa ela mesma ter duas casas, a da roça e da cidade, que é parte da cultura daqui, embora nem todas as mulheres tenham casa na cidade. Além disso, elas precisam de um suporte econômico familiar, seja do marido ou da família, para poder ficar longe do trabalho da roça, aproximadamente um mês antes. Além do suporte econômico, o suporte de cuidados mesmo, pois as que tem outros filhos, as que tem animais e plantas em casa, precisam de pessoas que cuidem disso tudo em sua ausência.

Se transpomos essa realidade para uma realidade de mulheres da cidade, seria inviável essa lógica. Para as que tem carteira assinada, a licença maternidade são 3 meses, como a mulher sairia um mês antes do trabalho e teria que voltar com a bebezinha com 2 meses? Quem cuidaria da casa dela? Como ela ficaria esse tempo todo “hospedada” em outras casas? Portanto, essa lógica de parição depende diretamente da organização comunitária que aqui no território é bastante forte, as pessoas se apoiam mutuamente e compartilham o que tem, muito diferente da lógica predominantemente individualista e familista dos grandes centros. Mas nem tudo são flores, muitas mulheres se queixam de ter que ficar “de favor” na casa dos outros. É importante lembrar que na lógica comunitária tudo são trocas, então ir e ficar um mês se alimentando na casa de alguém, envolve uma necessária “compensação” ainda que não seja financeira. Além disso, nas entrevistas vi situações graves, como por exemplo uma mulher que quando menina teve que ficar na casa do homem que tinha estuprado ela, pai do filho, sem poder contar pra ninguém da situação, teve que conviver com seu agressor

[alguém aprendeu com sua vó?] depois que ela morreu aí parou, ninguém mais, só quando não tem jeito mesmo, agora mesmo eu fiquei sabendo de duas que ganhou la na roça porque não tinha como os carros descerelem nem os de lá subir, então o helicóptero foi buscar, mas acho que já tinha ganhado. Primeiro neném, e ela novinha acho que 15 pra 16 anos, a mãe ficou super preocupada, mas deu tudo certo. (Moradora da cidade de Cavalcante, 38 anos, 3 filhas nascidas em hospital, neta de parteira)

A região de Cavalcante não foi escolhida por acaso pelas pessoas negras em resistência quilombola, é uma região de serras, com acesso bastante difícil. Por mais que hoje se tenha uma melhor infraestrutura, ela ainda é frágil, e situações como a chuva do fim de 2021 e início de 2022 que deixou o município em situação de calamidade, muitas comunidades ficaram isoladas, devido a intercorrências

nas estradas. Embora sejam situações “excepcionais” são relativamente frequentes. Penso em como o desmantelamento das redes comunitárias vai expulsando as pessoas da comunidade, no caso do parto, se começa a existir o medo da possibilidade de no momento próximo ao parto não haver como se transportar, já pode ser um estímulo para as mulheres irem no início da gestação pra cidade, desterritorializando não apenas o parto, mas também a gestação.

nessa época [2004] ainda podia fazer parto aqui. A mulher saía da casa, chegava lá, podia ficar no hospital. Tinha outras mulher que ganhava em casa, só ia na hora de despachar pra o hospital, porque as vezes elas paria e a placenta não saía, dava placenta retida. Acontecia dessa forma. Aqui nesse hospital já fez cesariana, já fez tudo, um monte de cirurgia. Aí quando foi mudando as coisas já não pode fazer parto, eu mesma não peguei essa lei, mas segundo o ministério da saúde, pra fazer parto tem que ter um centro obstétrico a menos de 20km. Aqui não tem, porque só tem Campos Belos a 135km. Por isso que não é pra fazer mais parto aqui. Se entrar a mulher expulsando, eu tenho que pegar, se ela entrar de 6cm, 7cm, ainda tem que sair com ela. Porque se ela evoluir pra uma emergência obstétrica, o hospital aqui não tem nada. (técnica em enfermagem do hospital, 56 anos, trabalha desde 2004 na saúde pública do município, nascida com parteira na comunidade Engenho II)

Foi provavelmente em 2010 quando se parou de acolher partos aqui, a maioria ser encaminhado. O hospital de Cavalcante então só recebe gestante parindo. Caso contrário são levadas pra Campos Belos ou Planaltina. Do hospital de Cavalcante até o hospital de Campos Belos são 140km, aproximadamente 2 horas de viagem, e até o hospital regional de Planaltina-DF são 275km, aproximadamente 3 horas de viagem.

eu senti dor aqui dia 25 aí umas 5 horas da manhã do dia 26 aí eu fui pra Cavalcante, de Cavalcante eles encaminhou pra Campos Belos, chegou em Campos Belos foi rapidão. (moradora do Vão de Almas, 23 anos, 1 filho)

Algo importante de ser mencionado aqui é que embora o parto esteja hospitalizado, os cuidados pós-hospital são tradicionais. Todas as mulheres que responderam à questão do cuidado com o bebê (65 no total) usaram azeite de mamona pra cicatrizar. E todas as mulheres que responderam à questão sobre

cuidados tracionais no resguardo (73) usaram algo, o mais comum foi sumo, também a maioria fez banhos e cuidou da dieta na medida do possível.

Eles fala pra gente curar com álcool 70, mas a gente prefere com azeite porque resseca menos e cai mais rápido e melhora mais rápido.(moradora do Vão de Almas, 23 anos, nascida de parteira, 1 filho nascido em hospital)

Essa fala foi transcrita literalmente, mas essa mesma justificativa eu ouvi em diversas vozes, já quase complementava junto com elas: não usava álcool porque... resseca! Usava o azeite... porque o umbigo cai muito mais rápido. Simplesmente todas concordam nesse aspecto, inclusive eu, que recomendo e uso o azeite nos curativos de umbigo dos partos que acompanho.

O resguardo é reconhecido como essencial para a saúde das mulheres, sobretudo a dieta que se precisa fazer nesse momento. Muitas atribuíram que a saúde das mulheres não é melhor agora por conta do resguardo, ou melhor, da falta dele. E muuuuitas falam da comida do hospital como sendo totalmente contraditória com a dieta necessária do resguardo.

no hospital é melhor, pra ganhar no hospital é melhor. O ruim de lá é só o cumê porque aqui ninguém comia melancia, não comia mamão, era comida escolhida de parida, era galinha, era carne, era o que comia durante o resguardo, e lá não, lá come melancia come tudo quanto é muzungueira. (moradora da Prata, 77 anos, 13 filhas nascidas em mãos de parteira)

[e alimentação você seguiu o que sua vó falava?] não porque eu não tinha os frangos, então eu comi normal, arroz, feijão, e carne quando tinha. Porque quando eu casei, ele não tinha trabalho aqui, então era difícil, a mãe dele pegava cesta básica, que na época era 60 reais, só que na época dava muita coisa, mas também era muita gente na casa, e era o único salário na casa e quando ele achava o lote pra capinar. Então eu comia o que tinha. E da caçula já foi diferente porque aí o avô dela já era aposentado, e aí como ele disse que ia fazer meu resguardo, ele comprou, comprou uns 5 frangos, comprou farinha. Então os cinco dias primeiros eu comi só sopa de frango. (Moradora da cidade de Cavalcante, 38 anos, 3 filhas nascidas em hospital, neta de parteira)

comi muita sopa de frango. Minha mãe quando veio da roça ela trouxe foi uns vinte e tantos frango. E eu comi foi muito frango, muita sopa, pra mim é uma das melhor coisa que pode ter é a sopa de mulher parida. (moradora de Cavalcante, 56 anos, 3 filhos nascidos em hospital)

Cavalcante acompanhou de certa forma a tendência de êxodo rural que ocorreu em outras partes do Brasil. Embora muita gente mantenha a dupla morada: casa na cidade e casa na roça, outras tantas de fato migraram. A vida na roça também mudou. A vinda pra cidade e dependência direta do dinheiro para conseguir a alimentação vulnerabiliza as pessoas, gerando muitas vezes um empobrecimento nutricional. Nesses relatos fica nítido esse fato, e a diferença de realidades nesse êxodo rural. Se os relatos de roça geralmente falam da abundância da comida do pós-parto, o primeiro da cidade trás a ideia da escassez e perda da autonomia. A vulnerabilidade econômica afeta diretamente a possibilidade de vivenciar um bom resguardo. Mas algumas mulheres também contam com uma rede de solidariedade para a comida do resguardo.

A mãe ficou cuidando e cuidou da alimentação também. Sopa de galinha e sopa de carne tinha que saber. Só carne de vaca, não podia carne de boi, nem morto de tiro. Dessa vez que eu ganhei, minha filha mais velha, meu padrasto matou uma vaca e minha tirou um pedaço pra levar pra mim pra eu comer no resguardo. (Moradora do Vão do Moleque, 34 anos, 4 filhas todas nascidas em hospital)

Na era do hospital muitas relatam a sacolada de remédio levada ou enviada pra cidade pra os banhos e sumos do resguardo das paridas.

eu fui na casa de uma amiga minha minha, a filha dela tinha ganhado neném, ela mandou mode eu mandar galho de pau daqui e folha pra ela fazer banho pra filha dela. Aí eu levei um sacão de folha pra ela fazer lá pra filha dela.(moradora da Capela, 66 anos, 8 filhas, 2 no hospital e 6 em casa)

Fui cuidar dela no resguardo, ensinei os banhos, fiz uma sacolada levei pra ela [os remédio]. Ensinei a comida do resguardo e fazia a sopinha pra ela. (moradora do Prata, 43 anos, nascida com parteira, 4 filhas em hospital, relatando sobre o parto de sua filha que mora em Valparaíso-GO)

Eu já juntava a sacola de remédio pra levar, a sacolada de remédio. (moradora de São Domingos, 50 anos, nascida nas mãos de parteira, 3 filhos de cesariana, relatando sobre a assistência no resguardo da filha)

A minha minina mesma, a primeira que eu fui olhar, fui pro hospital mais ela, fiquei lá uns três dias pra ela poder ganhar neném, aí ganhou, aí vim com ela pra casa de mãe, aí eu pagava e fazia banho pra ela, folha de algodão, com casca de caju, essas coisa tudo pra poder ela tomar banho. Até folha de manga podia colocar, casca de pacari. (moradora da Capela, 69 anos, 14 filhos, todes nascides em casa, 7 nascides no Órfão)

em casa é mais confortável porque juntava muitas mulheres, e dava muita força, e no hospital eles não é de ficar debaixo de ninguém não, joga pra lá e vez ou outra vai lá vê se a cara ta boa, porque eles já acostudou que tem lugar que as mulher faz muito escândalo e as mulher aqui da roça não é de fazer esse escândalo, elas curte a dor calada. Você olha pra elas e você pensa que elas nem ta passando por aquilo, elas aguenta. E eles olhava a gente assim: “a, tá com a cara boa...igual o menino que eu ganhei em Campos Belos, eu ganhei ele sozinha na cama. Eu falei pra eles que o menino tava quase nascendo eles foi lá: “não, você tá com a cara muito boa”... eu também calei. Quando u meninu berrou eles veio na carreira: “ah mãe! Você sabia que o menino ia vir e não falou?!” Aí eu falei: “vocês que ia parir? Porque vocês falou que ele não tava pra nascer.” Aí eles fica tudo com medo. Mas eles não acredita não, que as mulher aqui não é de fazer escândalo não. Nesses hospital tem mulher que grita que você falta desmaiar de medo, pensa que tá morrendo, agora as daqui guenta calada, já acostudou com as dureza aqui da roça. (moradora do Vão de Almas, 45 anos, nascida em mãos de parteira, 8 filhos, alguns nascides com parteira, outres em hospital)

Esse relato traz duas dimensões das parições no hospital que foi bastante abordada pelas mulheres: a solidão que é materializada tanto pela ausência de acompanhantes e da rede comunitária, como pela falta de assistência dos/as profissionais de saúde; e a questão do silêncio, uma das diferenças percebidas por elas mesmas com relação a mulheres de outros contextos. Uma das lutas pela igualdade

racial no âmbito da assistência a saúde é que as especificidades físicas, culturais, espirituais, sociais sejam levadas em consideração na assistência. Profissionais da saúde deveriam entender que muitas mulheres da roça, sobretudo negras, não manifestam a dor através do grito, e portanto, que esse não pode ser um critério de avaliação do estágio do trabalho de parto, nem muito menos de avaliação de urgência ou emergência.

fui eu e minha mãe [hospital em Brasília], só que minha mãe depois que deu derrame ela toma remédio controlado e é um sono danado... aí eu deitada assim na cama, minha mãe pertinho e a dor vinha toda hora e eu ia no banheiro e nada, ia mijar mas era só a vontade, não conseguia mijar não. Até que falei: “mãe tá nascendo mesmo”, minha mãe: “põe força e chama a enfermeira”, a enfermeira: “não, tá perto ainda não”, nem olhava. Daqui um pouco o menino nasceu sozinho só eu e minha mãe no quarto. Quando a enfermeira veio chegar, só pra cortar o umbigo. (Moradora do Vão de Almas, 24 anos, nascida em mãos de parteira, mãe de 4 nascides em hospital)

no hospital não é bom não, não ranja ajuda. Ajuda é na hora que agente já tava no pega pra capar, que u mininu já tava estufando, que escutava o berro du mininu que era a hora deles chegar, eu não gostei não. (Moradora do Vão de Almas, 46 anos, 7 filhas, 4 nascides em casa com parteira e 3 no hospital de Cavalcante, neta de parteira)

o segundo que eu tive a dor veio na perna, eu pedia pra o médico e pra enfermeira, pega na minha perna pra mim, que se eles pegassem eu acho que a dor tinha voltado para o normal, e eles não pegaram não, até a hora que a criança nasceu. Mas não senti dor nenhuma em outro lugar, tudo aqui na batata da perna, parece que a perna queria rachar. Aí depois que ganhou a criança foi melhorando até que melhorou. Eu tava lá sozinha, não tinha ninguém me acompanhando. (...) Eles não dá a gente água, e pede pra gente não ir no banheiro porque acho que eles fica com medo do mininu cair no vaso, mas como a gente já é mulher parideira, a gente já sabe, a gente não vai deixar. Mas aí eu ia, eles saía eu ia. (Moradora do Vão de Almas, 54 anos, mãe de 12, 3 nascides na cidade, outres na roça, parteira pegou 3 mininu dus outru e 1 dela mesmo)

Lembro de Rita Segato ensinar que uma das importâncias/objetivos dos Direitos Humanos é nomear certas práticas como violência para que possam ser reconhecidas como tal, como algo que afeta outros seres. Pois muitas práticas são tidas como “normais” e só a partir de sua nomeação podem ser transformadas. Escuto o relato acima e me vem dois conceitos: violência obstétrica e racismo institucional. A estratégia de nomear atos com essas palavras é para que possa haver reflexão e transformação.

Uma mulher em trabalho de parto, pede para que peguem na perna dela, é um pedido muito simples de um toque que vai fazer toda diferença no cuidado com ela, é um mínimo de acolhimento. Como profissionais que estão a serviço do cuidado podem ignorar um pedido desses? A única resposta que vem na minha cabeça é racismo institucional e patriarcado. Essas pessoas não viram essa mulher como um ser que precisa de apoio, cuidado e carinho. E ao mesmo não a enxergam como alguém que tem domínio sobre o próprio corpo e o ato de parir, mulher parideira, impedindo ela de se movimentar livremente.

Por um tempo se teve a prática de não deixar a mulher ingerir líquidos durante o trabalho de parto por conta da possibilidade desse parto se complicar e for necessário cirurgia, que antes era feita com anestesia geral, para a qual se recomenda algumas horas de jejum, inclusive de líquidos. Mas hoje já está amplamente difundido que as mulheres podem ingerir líquidos livremente no trabalho de parto, hoje a anestesia padrão para cesariana é parcial, da cintura pra baixo. No caso relatado acima, ela estava em Cavalcante, nem sequer iria pra uma cesárea em menos de 2 horas. Eu escutei outros relatos de partos mais recentes, dos últimos 5 anos, que ainda não permitiram as mulheres beberem água.

Outra questão que apareceu nos relatos foi a questão do tempo de gestação e a preocupação com “passar do tempo”. A data provável de parto (DPV) é calculada por uma medida internacional de 40 semanas contadas a partir da data da última menstruação, ou, pelos dados de um ultrassom. A precisão do ultrassom para avaliar a idade gestacional é maior se feito no início da gestação (Diniz, Carmen Simone G, *et al.* 2022), algo que acontece pouco aqui no município, segundo relatos das enfermeiras e enfermeiro que realizam pré-natal. Também muitas não sabem exatamente a data da última menstruação, nesse sentido o cálculo exato da idade gestacional é um desafio.

As definições de pré-termo, termo e pós-termo se referem ao tempo de maturidade da bebê: é considerado pré-termo(mais conhecido como pré-maturo) aquelas nascidas com menos de 37 semanas; termo entre 37 e 42 semanas; pós-termo com mais de 42 semanas. Uma abordagem mais recente divide a idade considerada a termo em precoce (de 37 a 38s e 6 dias); termo pleno (39 semanas a 40 semanas e 6

dias); termo tardio (41 semanas a 42 semanas). “No Brasil, o excesso de intervenções que antecipam o parto, como cesarianas e induções, tem resultado no encurtamento da gestação, com consequências negativas nos desfechos materno-infantis.”(Diniz, Carmen Simone G, *et al.* 2022. p. 1) . Já muitos estudos vem apontando para diversas consequências negativas na saúde da pessoa que nasce a termo precoce, o que tem incentivado a mudança, lenta, de práticas de antecipação de parto antes de 39 semanas.

Em alguns relatos ficou evidente que a cultura do encurtamento da idade gestacional adequada para parir segue presente na assistência e na orientação que as mulheres recebem. Como relata uma moradora do Vão de Almas de 25 anos, na sua quarta filha ela completou 39 semanas sem dor. Ela mesma foi no hospital dizer que “já” estava com 39 semanas. Encaminharam ela pra Campos Belos, “passaram pelo médico que faz cesariana, ele me avaliou e deu um prazo lá, me aplicou um remédio pra induzir o parto e marcou a hora, se até tal hora não sentisse dor aí eu ia fazer cesariana. Mas aí deu acho que uns 15 minutos que eu tomei o remédio eu senti dor, aí foi dor dobrada. Aí ganhei normal.”

Ganhei no hospital. Nasceu chorando até a hora que respirou e morreu.  
(moradora da Prata, 55 anos, 13 filhas, um tanto com parteira e um tanto no hospital)

Embora se fale muito sobre as mortes neonatais nos partos com parteira, é importante lembrar que também podem ocorrer óbitos em hospitais. Eu ouvi algumas histórias de morte neonatal no hospital. E também em hospitais acontecem complicações derivadas ou não de erros durante a assistência que colocam a vida das mulheres e bebês em risco. Quando há complicações, o fato do socorro estar longe da rede de apoio das mulheres, as vulnerabiliza ainda mais. A história que me foi compartilhada transcrita abaixo é bastante impactante, e deixou trauma na mulher.

o meu segundo parto que eu tive em Colinas o médico esqueceu a placenta dentro de mim. Eu ganhei a menina, fui pra casa, quando passou 7 dias eu não tava aguentando da mesma dor que eu tinha pra ter neném, eu tava com a mesma dor. E eu fedia, saía um sangue preto de dentro de mim que eu fedia, fedia muito. [Ele te mandou pra casa?] Mandou, foi parto normal eu tava bem, quando deu 7 dias eu fedia. Aí eu voltei pro hospital aí imediatamente eles me encaminharam pra Brasília, eu fui encaminhada pra Sobradinho, chegando em Sobradinho eu não vi mais nada. Fui acordar 13 dias depois, entrei em coma. E aí acordei atordoada caçando minha filha, cadê minha filha? "não, você não chegou aqui com filho

não." "como assim? mas eu dormi a tarde e acordei agora" ele falou: "tem 13 dias que você ta aqui". Aí eu desesperei: "roubaram minha filha, roubaram!" Aí uma moça do hospital ela muito gentil: "me dá o número da sua cidade", ela ligou, aí falaram "a filha dela ficou aqui com a vó". Aí eu tranquilizei. Pois ele esqueceu a placenta dentro de mim, o médico me contou tudinho lá no HMIB: você chegou aqui com a placenta, a gente teve que fazer várias curetagens em você pra tirar. Eles me trataram muito bem lá nesse hospital. Aí vim pra casa, aí mais um obstáculo, eu de menor querendo pegar minha filha de volta e a vó não quis me entregar mais, a mãe do pai da neném. Eu tinha 16 anos e eles não quiseram entregar minha filha até ela fez 5 anos. Aí ela por escolha dela veio morar comigo, a aí foi tudo tranquilo. (moradora da Capela 37 anos, 7 filhas nascidas em hospital)

*Onde você nasceu?*

*\_ Na estrada*

Entrevistei uma menina de 14 anos, mãe de bebê de 5 meses, que nasceu na estrada! Essa geração toda vai ter muito relato desse tipo. Por sua vez, seu filho quase nasceu na estrada também, acabou nascendo em uma cidade intermediária, sendo acudida por enfermeiras. Pra mim essa resposta, *nasci na estrada* me gerou estranhamento. Eu perguntei o que ela achava de ter nascido na estrada e ela não respondeu nada.

Embora eu tenha entrevistado poucas mulheres que pariram ou nasceram na estrada, muitas disseram conhecer outras mulheres que pariram ou no caminho para Cavalcante ou na ambulância de Cavalcante para outras cidades. Também as/os profissionais de saúde falaram que é muito frequente. Esse dado é omitido das estatísticas oficiais, pois muitas vezes o registro do local de nascimento acaba sendo feito como se tivesse ocorrido no hospital onde chega mãe e bebê.

quando eu comecei a trabalhar aqui, me jogaram dentro da ambulância com uma mulher em trabalho de parto. Eu não sabia né... eu já tinha visto 4 partos dentro do hospital. Aí me colocou e eu fui com ela, e era o primeiro parto dela e foi 2004 que eu comecei. As duas técnicas que trabalhava comigo era experiente e

não quis ir, jogou eu dentro, era uma Elba[carro] velha, cheguei em Teresina arranjei um colchão velho. Aí sabe o que aconteceu? Eu não sabia nada de parto...aí a mulher vinha pra nascer o neném, e assim todos que eu via nascendo, a bolsa estourava então o cabelinho vinha logo, esse dela era o primeiro, e eu vi uma coisinha branca assim e eu falava: "meu deus o que que é isso?". Cada vez que ela dava dor eu gritava para o motorista: "Pára! Pára! Pára!" aí o menino não nascia, aí voltava. Quando chegou em Monte Alegre aí ela queria fazer xixi, você vê o tanto da minha inocência, desci ela e eu também desci, ela fazendo xixi de um lado e eu fazendo do outro quando foi daí 10 minutos ela pariu comigo. Você acredita, do tanto na experiência que eu tinha. Ela muito boa, tanto é que a filha dela me chama de mãezinha, tem 16 anos agora, foi o primeiro parto que eu fiz só. Aí sabe o que aconteceu minha fia? Eu fiz o parto dela dentro de uma Elba, ela segurou tanto na minha perna, puxou minhas pernas, que inchou tudo. Quando o menino veio pra nascer, invés de eu posicionar ela da forma certa eu colocava o lençol nos braços com medo dele cair, porque a posição era muito ruim. Quando esse menino voltava eu gritava vai motorista vai motorista, e a Elba corria só 60km, 80km. Minha filha, eu gritava mais que a mulher. Graças a deus que a menina me adora hoje. Eu só não fui boa porque eu tinha que parar meu emocional e ajudar ela, eu gritava mais que ela. Quando esse neném nasceu eu peguei esse neném assim, enrolei, só que eu tive medo, mas eu clampeei, eu cortei, eu tirei a placenta, eu fiz os cuidados direitim. O meu medo era no nascer, nasceu [acabou o medo]...fui dormir esse dia em Campos Belos. Aí cheguei aqui eu falei: eu vou aprender parto, eu vou aprender, porque eu preciso trabalhar, eu preciso saber fazer parto porque aqui vai ter parto e eu tenho que ir. Aí eu comecei, no hospital tinha parto, eu tava. Aí fui vendo parto, ajudando, tocando. Falei vou aprender a fazer parto que eu não vou ter medo de parto. Aí quando eu fui pra Goiânia fazer minha faculdade[de enfermagem], eu já sabia muito de parto. Aí eu fiz minha pós-graduação de obstetrícia. Porque, por causa de parto, só que eu não fiz os estágios. O que eu aprendi, eu aprendi muitas coisas. (técnica em enfermagem do hospital, 56 anos, trabalha desde 2004 na saúde pública do município, nascida com parteira na comunidade Engenho II)

tem, muitas tem, tem umas que pare, você tem que reanimar na estrada. Eu mesma uma vez fui mais uma enfermeira, eu não trabalho como enfermeira, mas ela não tinha experiência. A menina ela abortou, nasceu de 18 semanas mas ainda nasceu vivo. Dentro de uma ambulância, neblina, ela com o motorista guiando o motorista e eu cá atrás peguei, quando nós chegou em Alto Paraíso, a médica não quis ajudar a gente, aí nós foi embora pra Planaltina. Passamos em São João, tinha uma médica tão boa, aí ela lavou a menina, organizou, deu roupa pra menina, que aí nós fomos embora. Com essa menina que a menina tava toda lavada de sangue. Chegando lá teve que fazer curetagem. E tem outro desafio que eu acho também é que tem uns médico que como eles não quer problema pra eles eles coisa...eu já saí com uma menina daqui pra ir pra Brasília. Diz que tava com 2, 3cm [de dilatação]. E diz que era prematuro. Antes de Alto Paraíso o menino nasceu nos meus braços, na estrada. Então esse desafio eu acho o maior. Eu acho os pre-natal direitinho. (técnica em enfermagem do hospital, 56 anos, trabalha desde 2004 na saúde pública do município, nascida com parteira na comunidade Engenho II)

e muitos nascem na estrada hoje em dia?

nasce. isso não é bom, eu acho isso uma violência muito grande com o paciente, você entra dentro de uma ambulância com um paciente daqui pra Campos Belos ou daqui pra Brasília e a pessoa sofrendo ali dentro, é uma violência muito grande. (Assistente Social e Técnica em Enfermagem, 53 anos, branca, trabalha a 31 anos na saúde do município)

Em Cavalcante falaram o terceiro que ia ser cesárea aí teve que viajar, antes de chegar em Alto Paraíso já tava nascendo a cabeça. Aí antes de chegar em Brasília....mas eu fui pra o hospital antes da dor arrochar. (Moradora do Vão de Almas, 39 anos, 3 filhas, 1 em casa com parteira e dois no hospital)

Outra situação que acontece é ambulância sair de Cavalcante e o trabalho de parto avançar rápido ela parar nos hospitais que estão no meio do caminho, no caso de Cavalcante pra Brasília, ouvi relatos de nascimentos em Alto Paraíso e São João da Aliança.

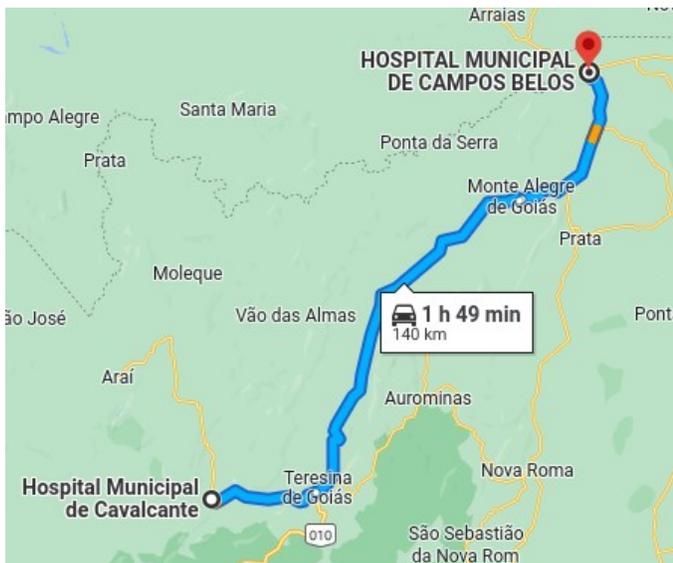


Figura 7: Trajeto Hospital de Cavalcante para Hospital de Campos Belos

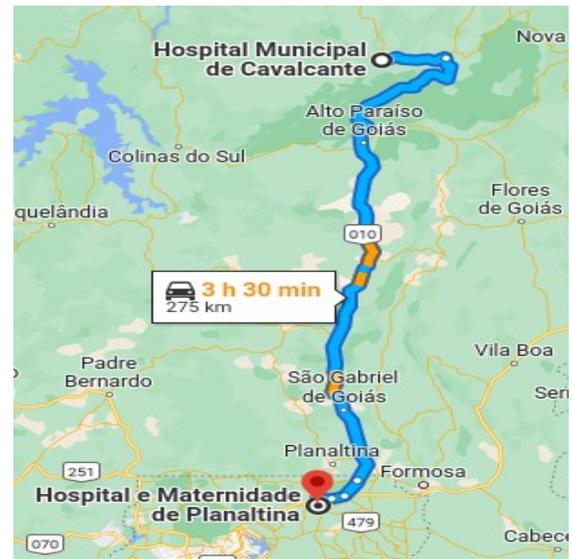


Figura 8: Trajeto Hospital de Cavalcante para Hospital de Planaltina-DF

*Se não vai de um jeito, vai de outro: cesáreas*

O último que morreu eu fiz em Cavalcante foi cesárea, com dr Raimundo. Foi em duas mulheres que ele fez cesárea, eu e outra. Inauguremo, foi assim que fez o hospital. [Porque foi cesárea?] Porque eu queria operar. Queria fazer ligação. Aí depois eu me arrependi porque a criança morreu, mas o doutor falou: não, morreu porque esse aí não era seu, porque no dia certo, no tempo certo, você sentiu dor sentiu tudo e veio pra cá. Mas durante a gravidez dele eu passei menstruando. Aí ele falo que o umbigo dele vazava. (moradora da Capela 66 anos, 8 filhas, 6 em casa e 2 em hospital)

a bolsa estourou em Cavalcante, aí eu fui pro hospital e eles falou que tinha dilatado 1 cm. Aí fomos pra Campos Belos eles deu toque e falou que não tinha dilatado nem 1 cm. Aí fiquei até 6 e pouco. Aí 6:40 eu tive que fazer a cesárea [você tava tendo contração?] bem de longe, bem pouca contração. Aí a pressão subiu aí teve que fazer cesárea. Na hora da cesárea aplicaram anestesia na gente

eles pega a tesoura pra abrir e pergunta se a gente tá sentindo ou não, aí quando a gente fala que não, eles corta a gente. Eu lembro que eles colocaram a bolsa de soro em mim e na hora de cortar tinha uma faquinha bem pequeninha, parecendo aquelas faquinha que a gente faz de apontador? Pra cortar, eles cortou e eles tirou o neném de dentro. Aí não vi mais nada. [não te deram ele?] Não. Aí me levou pra sala que eu tava com minha irmã. Aí eu acordei de noite querendo mexer a perna mas eu nem sentia a perna. Aí ela foi e colocou o neném pra mamar. Aí no outro dia eu amanheci diboá. Eu tomei muito remédio, sumo de algodão, mastruz e quina. (Moradora do Vão do Órfão, 18 anos, 1 filho nascido de cesárea, ela nasceu de cesárea)

quando eu tava lá pra 8 já entrando nos 9 meses, eu tive um sangramento. Aí eu fui no hospital eles me mandaram pra Campos Belos, como a gente tinha carro próprio, a gente mesmo foi, só mandou o encaminhamento e a gente foi. Aí chegando lá disse que era normal e mandou a gente divolta pra casa. Aí eu tava sentindo algumas dores, eu fui no hospital o médico me mandou dinovo pra Campos Belos, e falou: "se eles te mandar de volta, eu vou te mandar de volta, porque aqui a gente não tem suporte pra te ajudar, e não vai ter jeito, você vai ficar lá mesmo". E a gente mais uma vez vai, e fica um tempo na casa do meu sogro que ele mora em Campos Belos, e logo a gente voltou dinovo porque eles não queria atender a gente em Campos Belos, voltou, deram outro encaminhamento, eu já tava com quase 42 semanas já. Eu fui pra Campos Belos dinovo, eles não queria me atender lá, até que atendeu, fiquei internada uns dois dias antes de eu ter a neném, porque eu não sentia a dor, não tinha contração não vinha nada. Aí eles não sabia se ia induzir meu parto, se ia fazer cesárea, minha mãe teve que fazer um barraco pra eles poder agir e fazer alguma coisa porque eu tava com...eu tive ela eu tava com 41 semanas e 6 dias. Então era muito perigoso completar as 42 semanas, aí eles resolveram fazer a cesárea, mas eu não gostei nada do atendimento, ainda mais com grávida que é tão sensível. Eles trata a gente de qualquer jeito, eles não sabe explicar o que tá acontecendo, porque a gente não é médico, se a gente tá lá é porque precisa, eles não dá um

atendimento bom, não dá um suporte legal, é uma coisa muito esquisita. Ninguém explica nada, eles só fica lá e as enfermeiras fica lá sem saber o que fazer, sem saber o que falar, fala qualquer coisa pra gente e fica por aquilo mesmo.

[Porque você tinha medo de chegar as 42 semanas?]

porque o médico, a enfermeira, o pessoal do pré-natal fala o normal é de 37 a 42 semanas, porque eles fala assim: "não chega a 42 semanas, porque já tira o neném, porque é muito arriscado". Se eles fala que não pode chegar até 42 semanas, pra que que eu vou me arriscar, chegar até lá?! (Moradora da Capela, 22 anos, 1 filha)

aí foi cesárea, como eu tava de idade, velha [48 anos] não tinha como ganhar normal. (moradora do Vão do Órfão, 66 anos, 8 filhas, 6 em casa e 2 no hospital, 1 cesárea)

fui pra Cavalcante esperar a dor. Em março tive umas dorzinha, fui pro hospital pra Campos Belos eles falaram que não tava pra nascer, voltei, aí no outro dia continuou a dor, aí voltei, eles viram que o bebê não tinha condição de nascer já tava com 3 dias passado de nascer, aí eles tiraram o neném. (Moradora do Vão do Moleque, 43 anos, 1 filho nascido de cesariana, filha de parteira)

Como já foi ilustrado no histórico da assistência ao parto, a cesariana é um recurso estável há algumas décadas. Em diversos relatos a possibilidade de realizar cesariana em caso de alguma complicação brinda às mulheres maior segurança para o parto, afinal, se não vai de um jeito, vai de outro.

Uma das dificuldades levantadas por quem fez cesárea é a questão do tempo de recuperação e a vida na roça. O parto normal, ainda que se tenha o resguardo onde não se pode fazer alguns esforços físicos, geralmente quem pare rapidinho tá podendo se movimentar. Já a recuperação da cesariana é de muito mais delicada, mais tempo deitada, mais tempo de desconforto, mais tempo sem poder fazer muitas coisas. E na roça tudo envolve movimento. Por exemplo, uma moradora do Vão do Moleque de 43 anos que teve um filho de parto cesariano, e ela não tem água encanada, nem banheiro de alvenaria, o

rio é aproximadamente 200 metros de casa, ela ficou um mês em Cavalcante e depois um mês na casa da mãe que tem água na porta, em outra comunidade.

eu fui pra Cavalcante, chegando lá, tinha um médico, era época de política, tinha um médico que veio de Formosa. Aí eu passei na rua onde tava o médico atendendo aí tinha um conhecido nosso e falou “aqui tem um médico muito bom, tá na hora da senhora fazer uma consulta com ele”. Aí eu fui fazer a consulta com o médico, aí u mininu tava sentado, aí não tinha como nascer. Aí eles já me encaminhou pra Campos Belos, pra fazer cesárea [não tinha ultrassom, ele viu escutando o coração]. Aí eu falei que já que vou fazer a cesárea eu queria a laqueação. (Moradora da Prata, 61 anos, neta e filha de parteira, 8 filhas, 7 em casa e 1 cesariana)

O relato acima traz vários elementos que considero importantes de serem destacados: um deles é a menção que em tempo de política tem mais médicos, algo que foi mencionado por algumas mulheres; outra questão é como foi possível através de um recurso simples como escuta do coração, que não envolve muita tecnologia, só se necessita um pinard, foi possível identificar o grau de dificuldade do parto por ser pélvico e encaminhá-lo<sup>28</sup>; e o outro elemento é a questão da laqueadura, algo que traz uma mudança importante para a vida reprodutiva das mulheres.

### *A laqueadura como marcador de transição*

Esse povo levou eu antes[para Brasília], essa derradeira que eu fiquei ruim com úlcera. Aí eles perguntaram se eu queria operar, eu falei: “uá se vocês quiser, eu quero”. Meu marido não queria não, eu falei: mas não é ele que tá parindo. Aí fiquei lá uns 3 meses ou mais e operei. (moradora do Vão do Órfão, 53 anos, 12 filhas, 9 na roça e 3 no hospital)

---

28 A indicação de cesária para parto pélvico é controversa. Existem diversas técnicas que podem ser realizadas para ajuda do parto vaginal ainda com a bebê vindo de ropeio, como se fala no Vão de Almas. Porém, existe um maior risco de sofrimento fetal pela complexidade do parto, e muitas/muitos profissionais preferem a cesariana. Não vou entrar aqui no mérito sobre essa indicação, para que não seja uma discussão superficial demandaria uma pesquisa ampla, algo que fugiria ao tema central. Basta nesse momento pontuar, que a indicação de cesariana nesse caso não é consenso e que sim é um parto de maior risco, e portanto desejável que aconteça próximo a uma assistência neonatal com maiores recursos de reanimação etc.

Nos relatos no processo de transição casa-hospital muitas mulheres que buscaram o hospital pra parir, quando ainda havia parteiras ativas, o fizeram buscando a laqueadura. Isso acabou sendo um estímulo/incentivo para a hospitalização do parto. Alguns agentes de saúde mencionaram que em suas comunidades já quase não tem mulheres em idade fértil sem estar operadas, as mulheres estão tendo menos filhos, e muitas jovens vão para cidade em busca de estudos e trabalho. Uma reconfiguração da vida na roça.

a ultima que ta com 15 anos agora, com 8 dias de nascida eu fiz a laqueadura pra não ter filho mais. (Moradora de Cavalcante, 44anos, 4 filhas nascidas em hospital)

o hospital antigo o médico fazia laqueadura, 4, 5 laqueadura em um dia, fazia parto cesáreo. Mas hoje não pode. naquele tempo não tinha a lei hoje, o médico chegava, era cirurgião ele jogava pra dentro do centro cirúrgico e fazia, hoje não pode. Tem que ter tudo normatizado. (Assistente Social e Técnica em Enfermagem, 53 anos, branca, trabalha a 31 anos na saúde do município)

e a menina eu ganhei em Cavalcante. Fui pro hospital porque ia operar. Aí a mulher falou pra mim que pra operar eu tinha que ficar em Cavalcante. Aí eu vim, fiquei aí, acabou que eu voltei sem cirurgia. Depois que eu ganhei ela, depois de um mês que eu fui pra não ganhar mais neném. (moradora da Cabeceira do Vão, 49 anos, 3 filhas, 2 em casa e 1 no hospital de Cavalcante)

Uma moradora do Vão de Almas de 25 anos na sua 5ª gestação optou por cesárea programada, antes de entrar em trabalho de parto, para poder operar. Uma moradora do Vão do Moleque de 34 anos na sua 4ª gestação também procurou a cesária na rede particular de Goiânia para fazer a laqueadura, o médico falou que o bebê já tava passando da hora de nascer. E fez a cesariana sem trabalho de parto. O bebê ficou no balão de oxigênio, diz ela que porque tava passando da hora de nascer.<sup>29</sup>

Como veremos mais adiante acerca da justiça reprodutiva, a laqueadura como principal método de controle da natalidade da população negra faz parte de uma política eugênica. Ainda que a maioria dos relatos que ouvi tenha sido de uma escolha das mulheres em realizar o procedimento, a noção de escolha efetiva é relativa. São diversos condicionantes sociais que levam às mulheres negras, sobretudo

---

29 Importante ressaltar que síndromes respiratórias em recém nascidos são bem comuns em cesarianas antes do tempo.

com renda financeira baixa, à “escolher” um esterilização permanente. Questiona-se, por exemplo, o não acesso a outros métodos de controle da natalidade; a decisão da quantidade de filhos ser baseada nas dificuldades econômicas em criá-les ou nas condições que elas/eles/elus podem viver no futuro.

### **6.3 Parteiras: Genealogia das parteiras e seus saberes em Cavalcante**

O trabalho das parteiras, ao longo de tantos anos de quilombo, não fora nada fácil. Pelas estradas e caminhos, viveram situações de extremo risco, como precipícios, animais selvagens e outros. A pé ou a cavalo, as parteiras sempre iam ao encontro de suas pacientes, movidas pelo amor, pela fé, pela solidariedade e pelo sentimento de ser mais uma vez mãe, porque é assim que todas as parteiras são chamadas e reconhecidas em suas comunidades. (Costa, Cristiane do Nascimento Borges da, 2015 p. 18)

A intenção deste capítulo é registrar quais parteiras atuaram em quais décadas nas comunidades do município. Bem como apresentar a história de algumas delas e sua forma de trabalho. Através das entrevistas pude coletar uma genealogia que não está completa, sem dúvida muitas parteiras não aparecem aqui. Por exemplo, as parteiras da cidade de Cavalcante e do Engenho, lugares onde eu não consegui realizar entrevistas que fossem representativas para esse histórico. Contudo, considero que se tem um bom registro de memória, que espero possa contribuir para história das parições do município, reconhecendo o trabalho grandioso dessas mulheres. Algumas foi possível identificar o sobrenome, outras não. Também devido a minha diferença linguística, algumas eu tive dúvida quanto a grafia do nome.

A parteiras são chamadas de mãe por aquelas e aqueles que nascem em seus braços, por isso decidi apresentá-las dessa forma.

Peço licença às mais velhas para contar um pouco de suas histórias, através de suas próprias memórias ou daquelas que com vocês conviveram.

#### **Cidade**

Josefa 1990- 2005

### **Vão de Almas**

Década de 1910: Felipa (bisavó de Cinésia); Joana Magno das Virgem

Década de 1920: Cândida (vó de dona Cinesia), Felipa, Augustinha(mãe de Maria)

Década de 1930: Cândida; Felipa; Jovita, Augustinha

Década 1940: Augustinha; Maria Teodora Pereira dos Santos, Altina, Paula; Cinésia dos Santos; Benta; Maria Maia; Braza;

Década de 50: Maria Teodora Pereira dos Santos; Altina; Paula; Guermina; Cinésia dos Santos; Braza; Augustinha

Benzedeiros: Zé Holisso dos Santos Rosa (pai de mãe Eva)

Década de 1960: Augustinha; Rufina(ou Rifina); Guermina, Joana Pereira, Teodora Pereira; Amança Soares de Lima, Maria; Jovita

Década de 1970 : Augustinha; Maria; Sercunda; Tereza; Rufina(ou Rifina); Eva, Domingas(filha de Maria); Maria; Amança Soares de Lima; Jovita; Paula

Década de 1980: Maria; Eva, Domingas(Filha de Maria), Zefa; Amança Soares de Lima; Jovita; Paula; Justino [benzedor]

Década de 1990: Maria(vó de fiota), Tereza; Eva, Domingas Francisca Maia (Filha de Maria), Zefa; Amança Soares de Lima; Domingo[benzedor]; Sebastião [benzedor]

Década 2000-2010: Amança Soares de Lima, Eva, Zefa, Sebastião [benzedor][provavelmente quando começa as mulheres a irem mais pra cidade mais partos fora da comunidade que na comunidade];

2010- 2021: Tuta

### **Mãe Augustinha**

Pegou todes filhas da parteira Maria, sua filha, pegou algumas filhas e filhos das mulheres que hoje tem mais de 70 anos.

### **Mãe Maria**

Maria foi dessas parteiras mais entendidas, parteira antiga, que dava confiança onde ela estivesse. Quando um parto complicava, chamavam ela, como foi relatado por algumas mulheres. Ela benzia, rezava, fazia remédio. Acompanhou parto de gêmeos, parto pélvico, placenta retida, hemorragia, prolapso de cordão(o cordão umbilical, a vida, nasce primeiro) e pelo que contam, sempre conseguiu

contornar as situações mais desafiadoras. Filha da parteira Augustinha e mãe da parteira Domingas. Eu sou bastante próxima de uma parte de sua família, a vejo como mulheres fortes e amorosas que valorizam as tradições com o mesmo entusiasmo com que aprendem e escutam sobre outros conhecimentos. Algumas são bem conhecedoras dos remédios e cuidados da gestação, parto e resguardo, mas a geração que hoje tem até 30 anos conhece bem menos. Uma filha sua deu continuidade ao partejar, mas já parou, e hoje ninguém mais da família pega mininu, mas ainda algumas sabem os conhecimentos transmitidos por ela.

de 4 anos eu lembro quando minha mãe teve meu irmão, deles cuidando com minha mãe, de outras mulher. Às vezes ganha neném e custa a despachar a placenta e buscar aquela outra parteira mais entendida da região. Porque as vezes uma parteira entende, mas tem outra pessoa que já entende mais, igual no médico. Que chegou vezes de minha mãe ganhar neném e minha mãe tá chorando, eu era menininha, eu tinha 10 anos de idade, e eu não sabia que era que minha mãe tava chorando, ela tinha ganhando neném já tava com 2 dias, o povo tinha cortado o umbigo do mininu, u mininu tava lá e eu não sabia o que minha mãe tava passando, eu até hoje tenho minha mãe, ela tá com 80 anos de idade. Aí minha mãe chamou o Justino[benzedor e parteiro] pediu pra ele buscar a Maria, que eu chamo de vó Maria, ela já é falecida, pra socorrer ela, que ela tinha ficado com o resto da placenta. Aí foi que ele chegou com ela, e foi que ela terminou o parto da minha mãe. Teve mais pessoas de minha família de buscar pra esses lados essa mesma parteira também. Foi a parteira que pegou meu primeiro filho, foi essa Maria. Se a pessoa tivesse com ela do lado da gente, a gente tava animado, tinha tudo na vida. Porque o que ela não desse conta, acho que nem os médicos de hoje não dá. (Moradora do Vão de Almas, 50 anos, 8 filhas)

fazia banho, fazia chá pra gente tomar, esquentava ovo colocava na boca da gente pra dor esquentar. (Moradora Vão de Almas, 56 anos, teve o primeiro filho com Maria em 1984 e alguns outros também)

o parto normal de casa é mais importante porque é mais sobre a relação dela dos conhecimento dos povos antigo, que essa relação minha vó que passou pra mim,

eu alcancei minha vó pra explicar pra mim um bucado de coisa. Eu sinto muito a falta dela porque ela começou, mas foi logo deus tirou ela de nós, aí eu não peguei muita relação sobre o conhecimento que ela ia passar pra mim. (moradora do Vão de Almas, 46 anos, mãe de 7 filhas 4 nascidos com sua vó Maria, 3 no hospital)

Quando u mininu nasce primeiro que não quer nascer o companheiro que é a placenta, aí o homem dá a volta na casa, aí rudiava, e pegava um litro e colocava na boca da mulher e soprava. Outra hora colocava um trempo[uma pedra] aqui nas cadeira da mulher. Aí a mulher com o litro na boca assoprando, aí o marido rudiando a casa, aí chegava na porta, três vezes, ele perguntava: “já pariu maria?” [a mulher respondia] “não, tô com parto para parir”. Se o menino tivesse de ropeio [pélvico] ela [Maria] colocava um novelo no bumbum da mulher e fazia um benzimento e o menino virava. (moradora do Vão de Almas, 46 anos, mãe de 7 filhas 4 nascidos com sua vó Maria, 3 no hospital)

Uma mulher de 45 anos do Vão de Almas conta que o primeiro filho ela estava sendo assistida pela parteira Sercunda, quando nasceu primeiro a vida<sup>30</sup> da criança, aí mandaram chamar Maria. Mas como as distâncias eram longas, o tempo de Maria chegar a criança já havia falecido, e ela terminou de fazer o parto com a bebê morta, o que também é bastante complicado.

Mãe Maria morreu aproximadamente em 2002, e sua morte representa o início de uma grande transformação na assistência ao parto na comunidade, quando mais mulheres começam o movimento de procurar o hospital para parir.

### **Mãe Amança Soares de Lima**

Também é nomeada como parteira antiga por algumas, embora tenha pego um menino bem recente, 11 anos atrás. Já é falecida, segundo sua filha, Amança pegou mais de 100 crianças.

---

30 Vida é o que a anatomia institucional chama de cordão umbilical. Essa complicação geralmente é chamada de prolapso de cordão, é bastante rara, e põe em risco a vida da/o bebê porque o peso deli pra nascer comprime o cordão e deixa sem “ar” e sem nutrição a/o bebê. Eu acompanhei um parto com Dona Flor onde a vida ia nascer primeiro, e ela fez uma manobra de empurrar e passar pela cabeça da bebê, de forma que a cabeça pode nascer antes do cordão. Mas sei que nem sempre é possível fazer manobras assim.

lembro dela pegando os remédios, ela pegava muito quina, negramina, caatinga de barrão, baru, manga, para fazer esses banhos para mode a mulher, que acontece que é friagem, e aí ela pegava esses remédio tudo, carrapicho, mamuta, que eu sempre via ela pegando e ela pedia pra nós: “menino pega ali pra mim que eu to avexada”, manjeriço, essas coivósa tudo ela juntava e levava. (Filha de Amança, 53 anos)

Parteira quando é chamada pra parto, tá sempre avexada! Sua filha conta que ela também usava gervão e algodão no resguardo. Durante a gestação Amança recomendava não arribar peso para mode menino não ficar rendido, tomasse maior cuidado; não comer mocotó nem nada que era agarrado, e dizia que quiabo e inhame era bom. Para a/o bebê tomar ela sugeria flor de abobora, flor de algodão e maçã do algodão, segundo sua filha de 53 anos.



Figura 9: Foto Amança. Enviada por sua filha.

### Mãe Cinesia dos Santos



Figura 10: Foto de Mãe Cinésia. Foto tirada por Juliana Floriano em 2019.

Mãe Cinesia começou a partejar com aproximadamente 20 anos e pegou uns 180 minines. Nunca morreu um na mão dela que ela tivesse ajeitado (acompanhado desde o início). Pegou uns 3 ou 4 no Vão de Almas e nos anos 60 mudou pra comunidade kalunga Diadema, no município vizinho de Teresina de Goiás. Uma neta dela anotou os partos que ela acompanhou no caderno de parteira dela. Disse que foi uma diretora de Brasília que instruiu ela a anotar, a pedir pra alguma neta anotar o nome da mulher que acompanhou e quantos filhos dela ela tinha pego. Ela fez um curso/encontro com parteiras do Amapá e Maranhão onde ganhou o caderno e teve algumas orientações. Disse que foi muito bom conhecer parteiras de outras regiões. O derradeiro parto que acompanhou foi aproximadamente em 2016. Ainda que ela tenha pego pouca crianças no Vão de Almas e tenha atuado mais na comunidade que está dentro do município de Teresina, decidi incluí-la aqui porque toda sua linhagem é do Vão de Almas e porque ainda que a delimitação da tese seja o município de Cavalcante, os trânsitos e intercâmbios dentro do território kalunga não seguem essas fronteiras criadas pelo Estado.

Criou 6 filhas, tendo tido 8 gestações, uma de gêmeos que nasceram mortes. Quem pegou suas filhas e filhos foi Macara, tia do pai de Cinésia, parteira da região kalunga no município de Monte Alegre, mas que morou um tempo na Diadema. Ela acompanhou duas barriga de gêmeos, sendo uma em Vão de Almas: “O pessoal diz que dá trabalho parto de gêmeo, mas dá nada” (Cinésia, 2019). Além de parteira e lavradoura, mãe Cinésia também benzia e organiza a festa de Santa Luzia todo ano. “Eu aprendi esses partos com Nossa Senhora do Parto. O que eu fizer lá é com Nossa Senhora do Parto, eu trabalhava com ela” (Cinesia, 2019).

A gente viajava um dia todo de uma casa pra outra. Porque a gente atendia uma mulher aqui, e depois que despachava já tinha outra. Tudininho a pé, era assim, se fosse chovendo era chovendo, se fosse sol era no sol. Depois que acabava tudo a gente se banhava, mas em uns lugares nem um sabão você achava. Era muito sofrimento, você chegar com a roupa molhada de chuva e ter que dormir com ela. (Cinesia, 2019).

Muitas parteiras mencionam os problemas que tinham em casa com o marido por sair a qualquer hora para atender partos, sem hora pra voltar. “Meu marido reclamava muito comigo, porque eu saía, e ele dizia que era no interesse de outras coisas. E o que eu queria uma hora dessa? Um perigo. Aí eu falava pra Nossa Senhora do Parto: “A estrada não é minha, a estrada é a senhora, a senhora me leva” (Cinésia, 2019).

Ela aprendeu com sua avó Cândida e sua bizavó Felipa, ambas do Vão de Almas. Acompanhava elas nos partos. Elas colocavam ela na frente pra pegar u menino e ficavam atrás ou ao lado explicando como era. Foram apenas 3 ou 4 partos que foi explicadinho assim: “De ensinar mesmo foi, porque eu aprendi logo, mas eu caminhava muito com ela”(Cinésia, 2019). Ela conta como aprendeu e sobre a não-vontade das jovens de aprender:

Menininha, mocinha, crescendo, 10, 11, 12 anos. Eles não me deixava pequena mas eles levava: “Bamu mia fia que nós vai acabar e você vai ficar”, bem assim eles falava. E cadê eles? Hoje não tem nem pai, nem mãe, não tem madrinha não tem nada, só tem meus irmãozinho por parte de pai, no mais não tem nenhum, nem tio, nem nada. Ela não falava certo? É o mesmo que eu falei pra ela[se referindo a uma sobrinha que ela queria ensinar]: "cês pega..." que a gente sabe que eles vai falar assim: "tia é a toa sair da casa dela embrulhadinha meia noite pra mode ir lá olhar quem tá lá deitchado quieto." Eu vou falar assim: eu vou justamente, com fé em deus e vou qualquer hora do dia e da noite que precisar de mim eu tô em pé, enquanto eu puder fuçar eu vou, vou deixar pra vocês e vocês não quer, mas vocês vai arrepender no dia de amanhã, que vocês tá reproduzindo, cês vai ficando na idade, os véi se acabando tudo, nenhum num tem o saber, fiado em mim e só ni hospital?! Não, cês não vai ficar fiado em hospital não que hospital é vez por outra. Se dá a dor na boca da noite, ocê não tem quem carrega, não tem um carro não tem nada. (Cinésia, 2019)

Ela conta que muita gente fala que ela tem que ensinar porque ela é a parteira mais velha dos kalunga, mas ela fala que ela quer ensinar, mas não tem que queira aprender, nenhuma! Aí ela lembra de uma das mulheres da comunidade de Diadema que disse que tá caminhando pra aprender. “Ensino, se tiver querendo aprender eu ensino. Eu levo lá, se vier atrás de nós eu levo lá e fico ali de banda ensinando como é que é que faz. Que eu gosto de ensinar...mas ela não quis, que não da conta disso não” (Cinésia, 2019).

Para mãe Cinésia o que uma parteira precisa é não ter medo, e ter força, tá alimentada pra ter força e o material certo pra usar no parto. Cinésia já estava acompanhando pouquíssimo partos na comunidade e havia parado principalmente por conta da disposição física de sua idade, por não ter mais forças. Ainda que não realize os partos, ela relatou várias vezes que acompanha as mulheres em trabalho de parto ao

hospital, e continua sendo procurada na comunidade para prestar esse auxílio. Além da questão física, ela apontou outras razões para não mais partejar, como outras parteiras, ela menciona a falta de cuidado das jovens e as conseqüente parição mais difícil.

Mas hoje a gente tá ficando muito medroso porque as parição tá muito complicada, tá complicada demais. Porque as mulher mesmo faizi o jeito delas mesmo complicar elas. Porque no meu tempo, saía uma mulher na estrada, ela tinha que viajar, ela não tinha que brigar pra trás. Mas elas hoje não, vai na estrada 3 vezes e volta, vai no batente da porta 3 vezes e volta todo lado que vai vai 3 vezes e volta, não pode voltar.

Entrevistadora: E se precisar voltar?

Cinésia: Manda outro. Ou põe uma folha verde e joga pra frente põe pra traz e segue viagem. Eu não mexo mais, mexo não. E nem também vou ficar acompanhando ninguém praquê numa das horas se tiver um embaraço, complicar e morrer, que Deus não deixa, e eu to nessa frente, e eu to culpada, vai falar que ié eu que matei, e por isso eu correndo é mió.

Entrevistadora: Mas antigamente a senhora não tinha esse medo?

Cinésia: Nem hoje eu não tenho medo.

Entrevistadora: E porque a senhora acha que alguém pode dizer que foi culpa da senhora?

Cinesia: Ué porque assim, se já tiver sua vida curta, dá uma hora daquela morre, vai falar que foi os outros que matou. Praquê já vem aquilo da pessoa, porque tem mulher que já vem com o parto ruim, e morre. Você nunca ouviu dizer fulana morreu de parto? O parto é esse, porque ela tinha que morrer naquele momento daquele negócio, mas se morre nos seus braços, você matou.

Entrevistadora: E quem diz que a culpa é da parteira?

Cinésia: Uá aqui nunca sucedeu não, mas qualquer um pode falar. A gente que pensa na ideia que pode falar, porque nunca falou aqui não. A gente pensa na

cabeça porque quando morre uma pessoa no hospital...e se fosse aqui tava cobrando. No hospital é o mesmo do mato! Morre igual. Assim, nunca me disseram, mas a gente pensa na ideia.

Entrevistadora: No hospital morre igual a aqui no mato?

Cinésia: Morre igual. Tem mulher que tem a sorte de morrer na gravidez, tem mulher que tem sorte de morrer na atenção da criança, quem é que trabalha? Só Deus.

Mãe Cinésia menciona a questão de voltar da estrada porque segundo a sabedoria da região, se tá gestando não pode voltar porque isso atrapalha o parto, o parto não caminha, o/a bebê também fica voltando na barriga.

Outra razão apontada por mãe Cinésia para não acompanhar mais partos é a confiança das pessoas no trabalho da parteira. Ela conta uma história do derradeiro parto que acompanhou que foi e recebeu a criança, deu banho na mãe, tudo direitinho e depois eles foram pro hospital. Ela se surpreendeu, porque falou agora não precisa mais ir, a família foi e chegando lá o médico falou que tava tudo certinho que só era fazer o teste do pezinho. “Eu não quero mais saber disso por conta disso, porque se confia lá, vai pra lá” (Cinésia, 2019). Importante ressaltar que não é uma questão dela não querer que vão pra o hospital, porque ela mesma narrou diversas vezes que acompanhou a mulher para o hospital, quando via a necessidade, a questão é que nesse caso tinha tudo ocorrido bem, ela sentiu foi a desconfiança no trabalho dela. Pela minha experiência de partos aqui, percebo que além da desconfiança tem também o próprio medo da mulher de sofrer algum tipo de represália por não ter ido pra o hospital. O saber da parteira mais uma vez desvalorizado, como se ela não tivesse conhecimento para saber quais situações requer o hospital, e quais não.

Cinésia também menciona a dureza do trabalho de parteira, de ser um serviço pesado e não remunerado. “É um serviço muito pesado como é que os donos desses meninos não dão um dinheirinho, nada? Um agrado, um dinheirinho pra comprar um café, uma fruta...” (Cinésia 2019). E menciona que por isso que ninguém quer, um trabalho que é pesado e que não recebe nada. Ela diz que ela agradava a parteira dela, sempre estava buscando algo de comer, sabão, compartilhando o que tinha com ela.

minha mãe estava limpando a roça de mandioca e começou a sentir dor, aí ela veio pra casa e pediu pra nós ir na casa da vizinha, da minha tia que morava próxima. Tanto que quando meu tio saiu que foi atrás da parteira que foi minha vó Cinésia e uma mulher por nome de Paula, que também é da comunidade Diadema, quando chegou minha mãe já tinha ganhado sozinha. (moradora do Vão do Moleque, nascida nas mãos de Cinésia, 34 anos, 4 filhas todas nascidas em hospital)

Para ela tanto bebês como as mulheres tem mais saúde quando nascem/parem em casa. “Tem mais saúde do que os da rua. E as mulhé que parem em casa tem mais saúde, porque toda vez que vem de lá pedindo remédio pra lavar a barriga, pra beber que tá sofrendo isso, que tá sofrendo aquilo. Tem mais saúde porque da hora que pariu a gente tá dando remédio do mato... arruma ela direitinho”. O banho da criança é só no dia seguinte que nasceu. Os banhos da mulher era banho de remédio de aperto, remédio de caatinga manjericão, mentrasto. Mãe Cinésia também mencionou vassourinha e ventre livre para o parto. Quando tá com dor “pega noz moscada, a canela, e com café meio amargo, faz o chá e toma. Se for de ter aquela hora vai ter, se não for a dor alivia”(Cinésia, 2019) e dá banho morno com sal grosso da cadeira pra baixo, molha barriga e perna.

Quando chegavam para buscá-la para ir acudir algum parto, antes de sair ela rezava para Nossa Senhora do Bom Parto: “ô minha senhora do parto num é eu que vou, quem vai é a Senhora do Parto, é na minha frente que a senhora do parto que desembaraça tudo confô parto bom, tudo confô parto ruim, quero que a Senhora desembaraça pelo amor de Deus”(Cinésia, 2019). E ia caminhando. Chegava na casa da mulher pedia licença em nome de Jesus e fazia a avaliação pela barriga e dava toque com um dedo para saber se ia demorar ou não e qual remédio que precisava. E ia arrumar mais. Ela também dava um escarpado de ovo com canela e pimenta do reino, cebola branca pra dá força a apertar. Ela disse que ela mesma plantava a cebola branca. No parto ela também usa a cebola branca, cortada bem fininha, esquenta ela com o azeite de mamona, e passa nas cadeiras, e ao lado da barriga, sempre na direção pra frente. O azeite amolece a carne. Ela também passava azeite na vagina. E também usa o azeite pra tirar o pigarro do neném. Antes ela fazia o azeite, hoje ela compra de uma pessoa do Vão de Almas.

Ela também indicava o assa-fétida no pós parto, e lembrou dele quando a entrevistadora perguntou sobre sangramento...falou que antes comprava na feira.

Ela recomenda sempre que a mulher completa o mês de gestação coar o café e pingar três gotinha de azeite de mamona pra beber, o azeite amolece a carne. Pode passar na vagina também. “Eu não gosto de ver mulher com barriga de fora pegando friagem”(Cinézia, 2019). Se for tomar banho de rio ou cachoeira deixa o sol esquentar.

Um remédio bastante relatado pelas parteiras e mulheres é a malassada, que mãe Cinésia explica passo a passo:

de primeiro, era assim: as parteira pegava o fi da mulher, já tinha a cebola, tinha o alho, tinha o chifre. Quando a mulher acabava de ter a criança, botava ele pra queimar, raspava ele tudo na vasiinha, cortava a cebola, o alho, pegava 9 dentes de alho, machucava bem machucadinho e botava o rapa do chifre, botava um tiquim de sebo do gado do rim, sebo de rim, já guardava preparado. Fritava e guardava preparado pra isso quando tinha minino. botava, fazia ali, tratava era malassada, um bolinho de óleo assim, e marrava na barriga da mulher. Não tinha mulher pra gemer de cólica não. E era forte. Marrava e deixava aí uns 4 a 5 dias. Mas hoje, quem é que quer isso??? "eu que quero essa caatinga?! se fulano ver corre de mim que ele não me quer fedendo"[se refere às jovens que não querem desagradar os companheiros com o cheiro]. (Cinézia, 2019)

Quando acabava o parto ela dava os banhos, ajeitava tudo, fazia comida e dava comida pra mulher e só depois ia embora. Dona cinesia também fazia a apresentação pra lua, mas quem segurava a criança era quem seria a madrinha.

### **Mãe Zefa**



Figura 11: Foto de Mãe Zefa. Foto tirada por Juliana Floriano em 2021, Vão de Almas.

Conta ter cento e poucos anos, mas não sabe exatamente seu ano de nascimento. Começou a estudar mas logo parou para trabalhar na roça. Nasceu na comunidade kalunga da Ema e foi criada na comunidade Ribeirão, mudou pra o Vão de Almas com aproximadamente 12 anos. É mãe de 8 filhas, mas criou 5. Teve uma barriga de gêmeos que apenas um sobreviveu, a outra nasceu de pé e afogou. Outres morreram grandes. Uma das parteiras que acudiu ela foi Jovita, e ela também teve partos sozinha em casa.

Foi ajudanta da parteira Maria que chamava ela para ajudar nos partos, e assim aprendeu, “Eu aprendi com a força de Jesus e Nossa Senhora do Parto e enfrentava, graças a deus.” (Zefa, 2021). Pegou uns cento e poucos mininus e “agora porque as mulher vai ter mininu no hospital a gente parou, eu parei, mas quando a mulher vinha ganhar menino por aqui, passava aqui” (Zefa, 2021). Das entrevistadas do Vão de Almas, 4 tiveram pelo menos um parto com ela, todas elas com idade entre 40 e 60 anos. Acompanhou alguns partos de gêmeos. Pra ela, assim como para muitas parteiras, “o parto mais difícil pra mulher é o de menino morto, que o menino não faz força. Tando vivo, ele dá força pra mãe, depois de morto, a força é só da mãe, mas nós pega, não tem jeito, não tem como ficar. (...) Dá aqueles remédio de esquentar dor” (Zefa, 2021).

Ela também usava o café sem doce e ovo para ajudar a dar força no parto: “Bate o ovo, põe a canela, coa o café em cima e bebe”(Zefa, 2021). E também usava o azeite de mamona para lubrificar e para curar o umbigo de recém nascido. Quando a casa da mulher era longe ela ficava na casa acompanhando até o umbigo da neném cair.

Já faz uns 18 anos que mãe Zefa não acompanha partos. Perguntei porque ela tinha parado e ela respondeu:

Porque deu pra fazer na cidade, e é bom, hoje tem muitas coisas, as mulher faz muita estripulia na barriga e fica com aquele que amarra aqui e acolá, e a gente não sabe nada. E às vezes atrapalha e acaba de gente morrer e vai dizer que a gente matou. Se uma criança morrer, diz que a gente matou. Na cidade, se ela vai

ter, se ela tiver força de ganhar ela tem, se não tem eles corta e tira o menino pela cesariana, e a mulher posta pra riba, e aqui não tem como. Quando vai decidir pra sair já não tem como porque não tem um carro na hora pra chegar. Se demorar, tempo perdido. Deu pra parir na cidade eu achei bom porque aqui é a gente mesmo, depois que eu pegava os menino delas, eu ficava 3 dias sem poder caminhar, as perna machuca, é bom que esteja na cidade. Umas não, mas tem umas que merece ser na cidade, lá chora ou não chora tem que ter, o doutor abre lá na mesa.(Zefa, 2021)

Diz que ninguém quis aprender com ela e completa:

se as mulher tivesse ganhando menino aqui, eu não desamparava elas não, mas como deu pra ganhar menino pra acolá, é bom. Por uma parte, as mulher quando ganhava menino aqui, eu via elas sadia, nenhuma ficou queixosa. As que vai na cidade, passa dias tomando remédio pra melhorar. Aqui não, bebe uma casca de pau, põe um sumo de algodão, um carrapicho, bebe, faz o banho, tudo e as mulher fica sadia. Todas as mulher que eu peguei aqui nunca tive um queixosa. (Zefa, 2021)

Perguntei se uma mulher quisesse parir na comunidade se ela mandaria para o hospital e ela respondeu: “Não. É a coragem delas”.



Figura 12: Casa de Zefa, de um lado os quartos/sala, de outro a cozinha. Modelo tradicional de casa do Vão de Almas. Atrás o morro do moleque, importante referência na região. Foto: Juliana Floriano, 2021.

**Mãe Eva (Eva Faria da Conceição)**



Figura 13: Mãe Eva e seu algodoeiro Foto tirada por Juliana Floriano, 2019

Nascida em 12 de abril provavelmente de 1939, hoje tem 82 anos. Sua mãe faleceu quando ela tinha 5 anos e ela foi criada pelo pai Zé Holisso dos Santos Rosa que era benzedor/ajudante de parto. Zé Holisso era do Vão de Almas, mas viajava muito, e conheceu a mãe de Eva fora. Numa visita ao Vão de Almas a mãe dela deu dor, e ela nasceu lá. Ele viajou muito, e por onde andava era chamado para acompanhar os partos, e Dona Eva ia junto: “Você sabe aqueles povos antigos que não gostam de deixar mininu na casa dos outros? Desde que mãe faltou, aí agora é nessa vida, onde eu ia, tinha que me levar”(Eva, 2019).

Teve 12 filhos, todos na comunidade, criando eles com o trabalho da roça. Dois deles foram assassinados. Quando entrevistamos ela em dezembro de 2019 ela tinha 3 filhas e 5 filhos vivos. A parteira que pegou os parto das filha e filho dela foi a Guermina, com quem aprendeu a arte de partejar pela observação: “eu via como é que se fazia a comida, eu ia botando assunto como é que fazia, como é que não fazia e aí eu ia aprendendo”(Eva, 2019). Com 20 anos recebeu a primeira menina em seus braços, um parente foi buscá-la para pegar a minina. “Comecei a fazer parto com 20 anos. Essa experiência adquiri primeiramente com Deus e o meu pai e as Parteiras que vinha fazer os meus partos”(Eva apud Santos N.P. 2015 p. 27).

Parece que eu já nasci pra salvar vidas de mães e bebês, quando eu ia ganhar meus filhos, aí eu ficava olhando como que faziam, por isso comecei a realizar partos de outras mulheres. Esse saber foi adquirido a partir da minha própria experiência, porém, esse saber é um dom recebido por Deus, que já nasci com ele. (Eva apud Santos N.P. 2015 p. 27)

Realizou aproximadamente 279 partos, registrados no seu caderninho de parteira pelo agente de saúde, já que ela não escreve nem lê. É considerada por muitas pessoas do Vão de Almas como a grande mãe (Eva Lúcia Francisco Maia, estagiária pra o projeto apud Magalhães, N. A. 2013, p. 113). Ia acudir os partos mesmo com as queixas do marido de que ela saísse, e suas filhas e filhos, quando eram pequenos, ficavam com a mãe do marido. Rezava pra Nossa Senhora do Parto e São Joaquim. Ajudou em três partos que os bebês já estavam mortos, e de todes que pegou, só um morreu do mau de sete dias. “Pegava uns partos que vinha só os pé outro vinha só os braço, aí tinha que fazer, pra mode dá a oportunidade do minino nascer”(Eva, 2019). Explica melhor como fazia as manobras desses partos mais complicados:

Entrevistadora: A senhora pegou mininu de todo jeito, a senhora falou.

Eva: Já peguei de pé e a que veio só um braço.

Entrevistadora: Como é que a senhora fez?

Eva: Deus que fez. Botei o braço pra trás, rezei, e ela virou e nasceu. Agora o de pé veio de pé mesmo. Aí eu fui mexendo, fui tirando uma perna, fui tirando a outra, fui tirando o braço, mexendo até nascer. Nem a mãe e nem o menino morreu, a mãe morreu há poucos dias da idade.

Talão de Registro de Parto em Casa

Mês: 11 Ano: 2005

Nome e endereço da mãe	Idade da mãe	Dia do parto	Hora do parto	Sexo	Peso do bebê	Como foi o parto? Teve algum problema?	Houve morte?	
							Mãe	Bebê
Claudina Bispo da Cunha	32 06 86	05 11 05	02 3 30 00 noite	F	3 Kilos 2 onças	normal mas teve deficiência	sim	sim
<p>Nome da Parteira: Eva Jásia da Conceição</p> <p>Endereço: Faz. Sussana Sussana Município: Caracolantão</p>								

Figura 14: Talão de registro de parto em casa pela parteira Eva. Foto: Juliana Floriano em 2019

Ela acompanhava o parto, preparava e dava o banho do pós-parto na mulher e voltava com 7 dias para acompanhar. E apresentava o bebê pra lua, ela falava o palavriado e outra pessoa segurava o bebê. Lua, luá, toma seu filho e me ajude a criar, se fosse mulher eu dava, mas é homem, eu não dou (Eva, 2019). Importante lembrar que as distâncias entre as casas no Vão de Almas é grande, e que nesse tempo que fala mãe Eva o transporte era a pé ou em animais, e ela ia a pé porque não tinha cavalo nem burro. Segundo ela a maioria dos partos era de noite, umas 11 da noite iam buscar ela: “Com chuva, frio, rio cheio, não tinha nem sombrinha, não tinha nada. Levava o banho, o remédio, aquelas folhas de fazer banho” (Eva, 2019)

Agora pra esquentar a dor, eu colocava pimenta do reino dentro do ovo, batia o ovo na pinga e dava pra beber. É bom. Você quebra o ovo, põe na pinga. Vixe! E mexe e dá pra beber. (Eva, 2019)

Mãe Eva também menciona uma receita de ovo depois que já tinha nascido a bebê “Agora, depois que fervesse ele molinho botava canela, botava pilaconta, botava bichada(assafétida), pimenta do reino e nós moscada” (Eva, 2019). Essa pilaconta, era uma pílula de farmácia que dava logo após o nascimento para prevenir uma doença que ela preferiu não nomear. Ela mostra uma que ela comprou recentemente. Aprendeu com pai, ela ia pra Formosa e trazia. Ela era pra tudo. O mascate vende.

Ela também fazia a cinta com aplicação local de algumas medicinas, a malassada: Alho, sebo, assafétida (resina que era encontrada em farmácia). A cinta era pra mode a dona do corpo não descer<sup>31</sup>, que quando desce dá cólica, e era usada por 7 dias. A assafétida (*Ferula assafoetida*) é espécie nativa dos desertos do Irã e das montanhas do Afeganistão. Ela é cultivada principalmente na Índia. A planta é derivada de várias espécies do gênero *Ferula* (funchos-gigantes), das quais há cerca de 50 no sul da Europa, oeste da Ásia e norte da África (Cipria, 2022). A resina é obtida da raspagem da raiz e tem propriedades hipotensivas entre muitas outras (Alcantara, Diana, 2012). Chama atenção essa propriedade medicinal pela prevenção de complicações por pressão alta no pós-parto.

Mãe Eva também usa óleo de mamona, que chama mais é azeite, e no dia da entrevista em dezembro de 2019 nos mostrou as sementes já selecionadas para o azeite, que ela mesma havia plantado e colhido. Ela ia tirar o azeite para as netas que tavam buchudas, pra dar pra elas. No parto, ela usava ele esquentado para passar nas cadeiras, “O azeite pra mulher, é pra passar na barriga quente e depois que tem a criança, dá à criança”(Eva 2019), e para lubrificar a vagina e a mão no caso de precisar tirar a companheira quando não nascia sozinha. E também indica a mulher tomar uma colherada já quando tá pra ganhar neném.

No caso da situação da companheira (placenta) não nascer, além da manobra que ela fazia com a mão embebida em azeite ir desprendendo aos poucos, também tinha o benzimento para Santa Margarida. A companheira (placenta) era mãe Eva que enterrava,

---

31 Dona do corpo é um dos nomes possíveis para o que a biomedicina reduziu ao conceito útero.

colocava sal pra batizar e o cordão ficava por cima, enrolado sem cruzar. Ela aprendeu com o pai.

Reza antes de entrar na casa da mulher:

De madrugada o galo cantou, São Bartolomeu se levantou, foi à porta do céu onde tá Deus, nosso Senhor. Chegou na porta, Nossa Senhora atendeu, Bartolomeu eu vou contigo, e te darei um cordão donde você tiver não morre mulher de parto, nem menino de abafo, nem casa queimada, nem passa levantada, se Deus pode, pode, Deus faz tudo porque pode. (Eva, 2019)

Eu não lembro exatamente o dia que conheci mãe Eva, encontrei com ela algumas vezes nas romarias e festejos do Vão de Almas, dançamos forró e sussa juntas. Mãe Eva é muito brincalhona, conta dos sofrimentos da vida sem deixar de brincar, tem sempre uma brincadeira, uma piada. No dia da entrevista com a equipe de pesquisa para o Iphan ela responde:

Entrevistadora: A senhora tá com quantos anos?

Eva: Tô com (quinze).

Mas adiante na entrevista:

Entrevistadora: Mas a senhora é conhecida assim, como Eva, a parteira ou é mãe Eva?

Eva: Chama mãe. Porque eu sou da costela de Adão, sou mãe de vocês tudo. Mas o pecado não fui eu quem fiz não. (Eva, 2019)

Durante a entrevista mãe Eva falou que não estava com idade para acompanhar partos, mas quando questionada se ela acompanharia alguém instruindo, ela disse que sim, que orientava e a pessoa ia fazendo. Mas disse que ninguém quer aprender, ninguém quer ser chamada de parteira.

Ela recomenda durante a gestação usar um pano amarrado na cintura, em cima da barriga, para criança não gerar em pé, para ficar melhor acomodada na barriga. E coloca o fato das mulheres não terem mais esse e outros cuidados durante a gestação como um empecilho para acompanhar o parto: “Hoje, o menino cria em pé ai, fica com a barriga parecendo barriga de jegue, quem sabe é quem entra debaixo pra desembaraçar tudo quanto é coisa”(Eva, 2019). Ela se queixa das mulheres usarem calça e

andarem de moto durante a gestação, algo que dona Flor também se queixa. E explica novamente o porque não pegaria mais:

eu não dou conta mais não, porque se tem hora de errar eu me ferro, né? Depois que eu perdi aquele menino[filho dela assassinado], eu perdi a mente, eu fiquei doida, assim, eu não sabia onde eu tava. Um mês assim pedindo a Deus. “Ô meu Deus, volta a minha mente”. Eu tava com um prato de “comê” aqui na mão e tava caçando onde eu pus esse prato “onde é que eu peguei esse prato?” e ele aqui, não tinha ideia de nada. Foi Deus, Deus é maravilhoso. Eu não dou conta, porque se errar, morre e eu que to dessa idade, nunca morreu nenhum, será possível que agora eu vou enfrentar coisa que eu não dou conta?

Entrevistadora: Você prefere que vá pro hospital?

Dona Eva: Tem hospital (Eva, 2019)

Ela explica que sabia quando o parto não era pra ela e deveria ser encaminhado na hora que entrava na casa, já sentia no corpo, e conta alguns exemplos de vezes que pediu pra procurarem transporte para levar a mulher. “Aquele dom da gente, a gente sente até onde pode ir e onde não pode ir. Eu já nasci com isso e vou morrer com isso”(Eva, 2019).

O umbigo era curado com azeite de mamona, enrolado num paninho que ia trocando sempre no banho. Ela cortava o cordão com tesoura, antes uma própria que tinha, e depois ganhou outra num curso para parteiras em Ceres-GO. Desinfetava com água quente em bacia própria, a tesoura era usada só pra o parto. No pós parto:

É casco de cajú, quina, negramina, catinga de barrão, mamuda, esse chá fedorento... manjeriço. Juntava tudo, botava numa panelona, botava pra ferver, na hora que esfriava, levava uma mão de sal dentro e a mulher banhava três dias. (Eva, 2019)

Ela conta desse curso que teve em Ceres que foram algumas parteiras daqui e ficavam no hospital acompanhando as gestantes e vendo os partos. Ela assistiu a uma cesárea. Quando perguntada se levaram ela pra aprender ela responde: “Era pra ver se eu sabia fazer

mesmo, porque eles ficavam duvidando” (Eva, 2019). Pra mim essa fala elucida muito bem a forma como esses cursos chegam pras parteiras, essas sempre estão na defensiva, não a toa. Além do curso em Ceres, que ela diz ter sido quando ela tinha 25 anos, ela falou ter participado de outros encontros em Goiânia e Brasília.

O derradeiro parto que mãe Eva foi parteira foi aproximadamente em 2017. Mas foi de surpresa, não planejado. Ela chegou e a moça tava parindo, parto complicado com a neném atravessada e enrolada. Todas ficaram bem. Mãe Eva diz que nunca ganhou nada por nenhum parto. Segue plantando algodão e fiando linha no fuso.



Figura 15: Foto de mãe Eva e mãe Cinésia. Foto do arquivo pessoal de mãe Eva, data não especificada.

### **Mãe Domingas**

Mãe Domingas é filha de Maria. Antes de começar a partejar foi ajudadeira da mãe e depois de outra parteira. Pegou a primeira neném aproximadamente na década de 70, e a derradeira na década de 90. Teve 12 filhas, 11 nascidas com a mãe Maria, e o primeiro e segundo nascido com a vó Augustinha. Alguns/as morreram ainda nenéns.

Ela fala que na maioria das vezes ia a pé acudir aos partos. Mas já foi algumas vezes de burro ou mula. Contou uma vez que tava chovendo muito, e a mula quando dá raio pode saltar e é perigoso quem

tá montado cair. Chegaram pra buscar ela, ela acendeu o cachimbo antes de ir e falou vamu. E graças a Deus chegaram bem, a mula não saltou. Ela rezava pra Deus e tudo que é santo, mencionou especialmente senhora Santana<sup>32</sup>, e Nossa Senhora do Ó.

O filho de mãe Domingas que nasceu nas mãos da vó [Maria] conta que cresceu vendo a vó acudir parto e que ela cachimbava antes de sair pra o parto para saber como ia ser o parto. Pra assuntar o que espera. Domingas explica melhor: “O cachimbo tá aqui na boca e o pensamento tá longe. Aí aí agora você joga a fumaça vê para onde que a fumaça vai andar, se andar no rumo do bom você tá feliz”(Domingas, 2019).

O filho também menciona o fato dela não cobrar pelos partos: “Aí o que for, tinha dia desse que dava algum agrado outro... Ela não cobrava não. Ela fazia o benefício, mas não cobrava”.

Mãe Domingas também usava azeite de mamona para passar no ventre. Fazia umas comidinhas com alho, cebola e pimenta do reino ou com carne ou com ovo pra dar força e esquentar o parto, especialmente se a mulher tivesse sem força. E dava um pouquinho do azeite pra a neném engolir pra limpar, também um pouquinho de sal na garganta para soltar o pigarro. Ela também usava assafetida e alcanfor no pós-parto e também apresentava a neném para a lua. Ela visitava as mulheres durante o pós-parto, ia um dia outro não, e assim.

A entrevistadora do IPHAN pergunta a mãe Domingas sobre o lencinho que as kalunga usa na cabeça e ela responde: “Por causa do sol quente na ideia. E a mulher parida, por causa dos nervos, quando paria”(Domingas, 2019). E ensina que nos primeiros 7 dias é importante a parida manter os ouvidos cobertos.

Conta uma neta sua, que durante o parto assistido por mãe Domingas há 32 anos atrás com auxílio de seu filho (pai da gestante), que sua tia entrou para ajudar e:

quando ela viu a cabeça do menino assim pra nascer, minha filha, ela tacou a mão na minha boca pra fechar pra mode o fôlego não subir, pra descer, quando a gente vai ganhar mininu tem que descer, não é subir. Quando ela tacou a mão eu fechei os dentes no dedo dela. Enquanto o mininu não nasceu eu não larguei os dente do dedo dela. E ela: pode morder minha fia, pode morder. ( M, Vão de Almas, entrevista em Cavalcante, 2019).

---

32 Santana é padroeira de Cavalcante e tem uma presença forte nas romarias e rezas das comunidades rurais do município.

Ela conta essa história rindo e com dó da tia. Histórias assim podem parecer fanfarronas, muitas vezes motivo de críticas e chacotas pela ciência médica. A mulher que relata se sentiu ajudada pela tia, do meu ponto de vista, por que a ação de colocar a mão na boca ajudou ela a guiar o puxo do parto. Sua tia teve uma ação altruísta, ignorando a própria dor para ajudá-la. Se hoje alguém me relatasse essa cena vinda de um hospital ou mesmo de um parto domiciliar, e essa ação fosse executada por alguns dos profissionais envolvidos, seguramente diria que é um caso de violência obstétrica. Quem faz a ação, a intenção quando faz e o contexto onde ela ser dá fazem diferença.

Nos livros e guias baseados em evidências científicas usados muitas vezes pelo movimento de humanização do parto e nascimento, bem como em outras tradições de partejar se fala da importância da mulher vocalizar para uma boa abertura vaginal, uma vocalização guiada, justamente pra que não aconteça do ar puxar a força pra cima. Se compara a abertura da garganta com a abertura vaginal. Bom, durante pelo menos um século parteiras quilombolas da Chapada dos Veadeiros vem seguindo esse método da “boca fechada” para a força ser direcionada para baixo. Para muitas mulheres é efetivo e não representa em si uma violência, depende da forma e por quem é conduzido.

Em partos que eu acompanhei com dona Flor houve a intervenção de pedir pra mulher fechar a boca, não gritar com a boca aberta para guiar a força pra baixo. Em outros partos que eu acompanhei, percebendo que o grito das mulheres estava “levando a força pra cima”, pedi pra mulher vocalizar em vogal “u” em vez de “a” para que a boca ficasse mais fechada, e fui guiando a respiração junto com ela e a contração. Em ambos os casos, tanto no parto com dona Flor, quanto nos que ela não estava, mudar o sentido da força pelo grito, fez uma diferença nítida e imediata no desenrolar do trabalho de parto.

Uma das técnicas usadas pelas parteiras pra a placenta nascer quando esta está retida é soprar uma garrafa vazia. Muitas parteiras jovens da tradição e eu mesma já usei essa técnica que é bem efetiva. O embasamento dela é o mesmo da mão na boca. Hoje os tempos são outros para a própria comunidade (como para o mundo), que vem transformando costumes e algumas violências machistas e racistas arraigadas. Entre algumas mudanças as afetividades e formas de contato físico vão mudando. Seguramente além da questão do direcionamento da força muitas vezes o “mandamento de não gritar na hora do parto” está relacionado a uma moralidade cristã que foi construindo que a mulher deveria aceitar a dor do parto pelo pecado original, que uma mãe não pode ser escandalosa, e ainda podemos pensar em questões racistas que envolve um afastamento daquilo que poderia remeter a uma certa “animalidade”, uma necessidade de se mostrar mais civilizada que todos na busca por essa humanidade roubada ou negada pelo racismo, a necessidade da mulher negra ser forte e não poder sentir/demonstrar dor. Enfim,

entender o porque não gritar seria um bom debate para uma roda comunitária. Talvez se hoje existissem parteiras aprendizes da própria comunidade, essa forma de colocar a mão na boca mudasse, talvez não.

A intenção aqui não é justificar nenhuma violência, nem de afirmar que as parteiras estão isentas de terem cometido qualquer tipo de violência na assistência ao parto, mas de trazer mais uma vez a diversidade de partejares, e uma voz contra a monocultura do parto. Para algumas mulheres em certos contextos, será ótimo vocalizar com a garganta bem aberta, sem arranhar, direcionando essa abertura para baixo, para outros contextos e corporalidades, pode ser que uma mão para fechar a boca ou um direcionamento nesse sentido seja mais bem recebido e conseqüentemente mais efetivo fisiologicamente.

### **Mãe Maria**

Começou a pegar no Limoeiro há 60 anos atrás e depois que separou ela voltou pra sua terra, Vão de Almas e lá pegou um bocado, não sabe dizer quantas. Depois ela mudou pro Engenho e pegou mais uma menina lá. Quem pegou sua primeira filha dona Braza. O segundo filho nasceu na festa de São João e foi acudido por muitas parteiras porque estava na festa, mas quem pegou foi a velha Joana. O terceiro foi velha Augustinha, e o derradeiro foi a velha Jovita. Ela diz que não é ela quem pega, “quem pega é Nossa Senhora, eu não sei nada”. Maria pegava u mininu mas não cortava o imbigó, ela chamava alguém pra cortar e seguia com os cuidados necessários, queimava, botava o azeite, embrulhava, etc.

Ela que enterrava a placenta, explica os cuidados necessários: “Lá no buraco, botava um punhado de sal, botava a companheira do menino, e botava a terra”.

Ela pegou os 8 filhas de sua filha e mais dois de outro filho.

Mãe Maria tem sérios problemas de saúde, tem um problema nas costas que já foi para vários médicos e diz que não tem muito o que fazer, ela sofre muito com dor, além disso é alcoólica. A entrevista com ela foi difícil porque ela tava com muita dor, acabamos falando pouco e mais cuidando dela com banho de remédio, massagem e reiki. A memória dela com todas as questões de saúde já não tá tão boa, e nem a disposição em contar as histórias, ainda assim ela abriu a casa dela e compartilhou o que podia.

### **Sebastião benzedor de partos**

Sebastião é muito lembrado por todas como um dos velhos benzedores, de muito conhecimento que ajudou a tantas na hora do parto. Eu encontrei com ele, mas ele não quis ser entrevistado com entrevista gravada. Mas ficamos prozeando ele contou algumas histórias de parto que acompanhou com Maria e o que contou me lembrou muito o trabalho das parteiras do Acre que conheci através de Letícia Yawanawá, que sempre leva uma parteira e um pajé para o Encontro de Raizeiros, Benzedoras, Parteiras e Pajés da Chapada dos Veadeiros. Ela explica que na região do Acre o trabalho da parteira é junto com o pajé, ela no material e ele no espiritual.

Um dos filhos das parteiras explica que quando a pessoa tá fraca, não pode fazer um benzimento errado, que pode ser pior. Fico me perguntando sobre as seguintes gerações como será esses benzimentos. Sebastião disse que se alguém procurar ele pode ser que ele ensine, que ele mesmo não vai procurar ninguém, mas pode ser que ensine.

Em 2020 eu ganhei o enorme presente de acompanhar um parto de uma neta da Mãe Maria, mãe de Cinésia e Domingas. Fui ajudanta e a parteira foi outra aprendiz de dona Flor. Estavam presentes outras pessoas da família, inclusive uma anciã que já havia acompanhado partos junto com Maria. Senti a força de uma linhagem de parteiras. E aprendi a eficácia de um dos benzimentos para nascer a placenta.

### **Vão do Moleque e Prata**

Década de 30: Joaquina (vó de Apolônia), Maria José de Sousa (mãe de Marina e Helena, vó de Zumira); Florença Pereira Tertuliano (vó de Celíaca)

Década de 40: Joaquina; Maria José de Sousa; Delmira Pereira de Sousa (vó paterna de Marina); Florença Pereira Tertuliano

Década de 50: Maria José de Sousa; Delmira Pereira de Sousa; Florença Pereira Tertuliano; Ricalda

Década de 60: Apolônia, Delmira Pereira de Sousa; Maria José de Sousa; Izida; Maria; Ricalda; Supriana Pereira

Década de 70: Apolônia; Helena; Marina; Sirila; Ricalda; Supriana Pereira

Década de 80: Apolônia; Helena; Marina; Sirila; Supriana Pereira; Sabina(irmã de Supriana); Fortunata

Década de 90: Apolônia, Helena; Marina; Servina; Augusta; Supriana Pereira; Sabina

Década de 2000: Helena, Zumira; Supriana Pereira;

### **Mãe Ricalda** - Vão do Moleque

É dessas que era das parteiras experiente, chamada pra os partos complicados, provavelmente entre as décadas de 50 e 70.

### **Mãe Sirila Pereira Terturiano** – Vão do Moleque

Mãe Sirila foi quem pegou algumas das entrevistadas do Vão do Moleque entre as décadas de 60 e 80. Era das parteiras boa, chamada para partos complicados. Segundo os relatos ela fazia algum chazinho caseiro, banho depois que ganhava, tinha hora que usava azeite na vagina, não era sempre. Cortava umbigo com tesoura, queimava a ponta.

### **Supriana Pereira**- Prata

Tia Supriana dava muito remédio, botava chifre pra queimar, aí rapava, botava manjericão, botava alcanfor pra beber. Fazia os banho quente, banhava a gente, fazia um caldo de trem pra dor aumentar ligeiro, aí também era logo. Dava caatinga de porco, negramina, manjericão. (...)

Ela fazia sebo, principalmente se fosse sebo do rim, ela batia ele, batia, e agora esfregava na mão, juntava azeite, e botava pra esquentar, e ela juntava tudo e passava, passava [vai fazendo os movimentos na barriga mostrando como era a massagem]. (...)

Tinha vez que ela vinha, eu tratava ela muito bem, ela vinha e ficava mais eu era mês. (...)

Ela via, ela botava a mão, via mexer, assuntava. (...)

A posição era na beira da cama ou apoiada no cepo. (...)

Supriana ia pra Arraias e tudo ela mexia, o povo atrás dela. (...)

Ela benzia. (...)

Ela me ensinava qual era e eu fazia [banho de acento do resguardo] casca de caju, casca de baru. Tomava o chifre torrado o manjericão, com alcanfor. Sumo de algodão também tomei muito. (...)

E tinha o coiso que pisava aqui pra fechar as cadeira. Era a parteira mesmo que fazia. Na mesma hora [logo após o parto]. (...)

[Você sabe com quantos anos ela morreu?] Sei não, sei que ela já tava véia, e assim mesmo pegando mininu, o povo não deixava ela quieta. (...)

Ela era uma parteira boa e sabida, se tivesse um mininu que viesse errado ela sabia concertar. (Moradora da Comunidade do Prata, 77 anos, 13 filhas nascidas com parteira, a maioria com Supriana, também foi ajudanta dela em outros partos)

### **Apolônia Gonçalves de Torres – Prata**



*Figura 16: foto de Apolônia por Eduardo Queiroga durante entrevista com equipe para o registro ao IPHAN.*

Nascida, segundo seu documento, em 11/04/1945 e falecida em 2021. Tivemos a sorte de poder conhecer e conversar com essa velha parteira antes de sua partida, e foi muito triste a notícia de que já não estava encarnada. Gestou 6 vidas e criou 3, os outros abortou. Foi lavradora, trabalhou na própria roça, na roça dos outros e lavou roupa na rua.

Sua vó Joaquina era parteira, mãe Apolônia ficava assuntando quando a vó ia para os partos, pra vê o que faziam e o que não, desde novinha aproximadamente 11 anos. A mãe, Gregória de Torres, não pegava as neném mas diz ela que era boa pra os remédios, e ajudava dona Joaquina na parte dos remédios. A mãe e a iaiá<sup>33</sup> eram indígenas “eu conheci um bucado dos índios quando ficava na casa dela, aqueles manso encostava pra cá, os outros ficavam no mato”(Apolônia, 2019), morava pelos Morros<sup>34</sup> e o pai era kalunga do Vão do Moleque.

Eu era muito curiosa. Eu via eles fazendo as coisas... o quê que eles fazem, o quê que não faziam. E aí, eu fui dominando a ideia, fui aprendendo. Aí, quando foi um belo dia... – morava na roça, né? -, lá uma mulher deu dor lá e não tinha ninguém, aí meu marido chegou, falou comigo, e eu [disse]: “eu, não! Nunca peguei menino. Eu tenho minhas curiosidades, mas eu nunca peguei menino nenhum, e eu tenho muito medo”. [Ele] Disse: “não, é a senhora mesmo”. Mas graças a Deus, desenvolveu tudo em paz. E desde esse dia eu não voltei mais não. Mas graças ao meu bom Deus, nunca teve uma mulher para ter um perigo na minha mão. (Apolônia, 2019)

Mãe Apolônia assim com outras parteiras, quando perguntada, “a senhora fez esse parto sozinha?” ela responde: “Primeiramente Nossa Senhora, depois eu”.

Remédio de banho... pegava, mentrasto, folha de pequi, folha de baru, negra mina. Juntava esses remédios tudo, fazia um banho, a mulher no banho. Aí, fazia moi para elas. Aquela cebolinha, a gente planta cá mesmo, né? Fazia aquele moi com pimenta do reino para dar para ela beber. Aí, a dor esquentava, logo a mulher ganhava. [Apolônia, 2019]

33 Iaiá é um jeito de chamar avó que vi na região do Prata.

34 Os Morros é um região/comunidade que fica próximo ao rio Prata, e que tem uma condição bastante particular: embora esteja na beira da estrada que liga a cidade de Cavalcante ao povoado Prata e outros, é considerado Tocantins. Isso dificulta bastante o acesso da comunidade a políticas e serviços públicos.

Apolônia conta de um parto difícil que o espírito entrou no corpo da mulher e queria puxar a menina pra trás. Ela deu chá de lágrima de nossa senhora e cordão de são francisco<sup>35</sup> pra mulher beber e fez uma oração forte na barriga dela.

Apolônia teve uma história diferente com relação ao marido, Panta Leão Dias, uma das poucas parteiras que menciona o apoio dele, inclusive ele ia nos partos e ajudava nos benzimento. Sempre que ele tava em casa ele ajudava ela. E também uma irmã dela, Ambrósia, ajudava.

Ela acompanhou partos no Prata, no Vão do Moleque e do outro lado (território kalunga do outro lado do rio Corrente(?) município de Monte Alegre). Ela mudou pra rua<sup>36</sup> por questões de saúde, e ainda chegou a pegar um tanto na cidade, seguia sendo procurada. Mas aí ela disse: “Agora vocês pára. Porque esse trem dá cadeia... Na roça, tudo bem, mas aqui na cidade dá cadeia. Se tiver qualquer alguma coisa com vocês, quem vai para a cadeia sou eu”(Apolônia, 2019). Quando questionada quem que falava que ia pra cadeia, ela responde:

Não, porque eu vi os outros falar. Eram as pessoas que falavam... de lei mesmo que falava. Que negócio de parto, assim, se morrer uma mulher, na comparação, nas mãos da gente, vai ter que trazer alguém para saber do que morreu, do que não morreu. Mas graças ao meu bom Deus e a Nossa Senhora...

[nunca morreu ninguém em suas mãos.]

Eu nunca Deixei.

Mãe Apolônia mostra a massagem que fazia com azeite de mamona ou banha de tiú<sup>37</sup> para virar o bebê na barriga quando tava virado pra nascer. Dava até pra beber um pouquinho da banha do tiú. Ela usava um acento para ajudar a mulher a ter apoio na hora do parto, as vezes mandava marrar uma corda pra ajudar ela a segurar, e alguém ficava atrás também pra segurar.

Ela conta que na lua crescente u mininu demora mais pra nascer “parece que fica numa preguiça...”, já na nova ele já fica fadigado dentro já pra sair pra fora, anda mais ligeiro. E ela também fala sobre mostrar a bebê pre lua:

35 Ambas são nomes de plantas.

36 Em todo município as pessoas da roça tratam a cidade de “rua”, “vou lá pra rua”, “traz uma coisa pra mim lá da rua”, “aqui na rua as coisas são assim”, etc.

37 Tiú é um lagarto, também conhecido em outras regiões como teiú.

acontece que quando dá no dia de mostrar menino, a lua tá toda bonita, né? Grandona. Aí você põe u mininu, sai pra fora , faz o pré sinal e fala: “lua, luar, toma seu filho dame criar. Se fosse mulher, eu dava, como é homem, não dou”. Três vezes... enganando a lua.(Apolônia, 2019)

Ela, assim como as outras, cortava o umbigo com tesoura, e curava com azeite de mamona. Mas ela também colocava quina socada. Pra proteger do mal de sete dias ela jogava na cama semente de fumo, gergelim e farinha, pra gentirana (tipo bruxa que ferroa o umbigo do bebê) ficar contando as sementes até o dia amanhecer e não pegar a neném. Ela ficava na casa da mulher as vezes até o dia seguinte antes de ir embora cuidar da própria casa.

No resguardo “não pode socar, cortar de machado, pegar peso nenhum... varrer casa não pode. Tem que ficar concentrado, tem até as pessoas para fazer as coisas”(Apolônia, 2019). Também não pode comer nada remoso: “Abóbora.... é danada para fazer aquela dor, que o povo fala cólica. Abóbora, melancia, batata, peixe... só o pacu que o povo fala, esse daí pode comer, mas esses outros não pode comer porque é remoso.”. Depois de 8 dias pode ir fazendo alguns serviços mais leves de casa.

Ela conta de uma complicação que foi socorrer no pós-parto:

Eu chego lá, tá ela com a mãe do corpo<sup>38</sup> do lado de fora, pendurado. E aí peguei logo um taxo, fui no munturo peguei um sabugo velho, cabo de vassoura velha, apanhei umas palhas de alho e cebola, taquei dentro e taquei fogo. Daí ela sentou e eu botei e dei o difumador na barriga dela. (Apolônia, 2019)

Conta também que já levou até chute de mulher com dor pra parir.

Ensina uma receita pra quando o peito empedra: “Quando o peito dava pedra, aí apanhava aquela casca de quiabo, batata [folha da batata]... bota para cozinhar pra banhar o peito, aí soltava o leite”(Apolônia, 2019). Quando a mulher já não quiser mais amamentar ela ensina a espremer o peito o leite no cupinzeiro, 3 vezes.

Ela não sabe exatamente quando foi o último parto que acompanhou, sabe quem foi, e que o menino que ela pegou já é pai de filho hoje.

Perguntada se mudou algo e antes pra agora com relação ao trabalho das parteiras ela respondeu:

---

38 Mãe do corpo também é chamada de útero.

Olha, naquele tempo, parece que era mais fácil, ia para roça... os remédios do mato parecem que eram a salvaguarda da gente. E, aqui, depois daqui da rua, tinha umas coisas assim, tão diferente, assim esquisita. (Apolônia, 2019)

Diferente das parteiras do Vão de Almas, mãe Apolônia não fez nenhum curso nem foi a encontros de parteira. E similar a todas elas, ela conta que depois que adoeceu, já na idade que estava, as pessoas que ela pegou já não davam mais atenção alguma, de lembrar, ligar, visitar ou ajudar, nada.

A mulher que ganha menino em casa, ela tem um auxílio das pessoas. Porque ali, as mulheres estão protegendo aquela mulher que tá com dor. E no hospital, não. (Apolônia, 219)

### Mãe Helena - Prata



Figura 17: Foto mãe Helena, Juliana (eu) e Zumira. Tirada pela pesquisadora Helena após entrevista em 2019.

Mãe Helena, nascida em 13 de agosto de 1944, estava com 75 anos quando a entrevistamos, irmã de Marina, filha de Maria, mãe de Zumira, família de parteiras. Faleceu em 2021 deixando suas irmãs Marina e Santina muito tristes de saudades. Ela teve 3 maridos, e estava com o derradeiro há mais de 50 anos. Uma família de senhoras brincalhonas e acolhedoras, diz que Helena dançava uma sussa<sup>39</sup> como ninguém! Helena, quando chegamos pra entrevistá-la na cidade, eu e uma xará dela que estava fazendo as entrevistas do projeto para o IPHAN, mal terminamos de explicar o que eram as pesquisas para que ela pudesse dar o seu consentimento e ela já foi logo abrindo o verbo:

óia, agora o sistema deles aqui é um, e lá do mato é outro. Lá do mato, quando a mulher dá a dor, você pega negramina, você pega o manjericão, você pega o mentrasto, você pega o cravo. Aí você faz o banho. E panha folha de pequi, folha de negramina pra fazer o banho, e folha de manjericão, pega negramina pega a folha do pequi, e pega a palha da cana caiana, e junta e põe no tacho pra ferver, faz o banho e deixa esfriar, quando ele tiver que você que guenta, aí você despeja o banho da cintura da mulher pra baixo. Você machuca o aí [alho] com a pimenta do reino, ferve a a água e põe dentro. Ou se a mulher beber, pinga, pega pinga põe no copo, machuca a cebola com o aí, faz o chá, bofa fogo, queima a pinga e dá pra mulher beber.

Isso antes do menino lançar. Pra que se tiver qualquer problema ele desata. Aí agora, dá a ela pra beber pra dar força pro menino nascer. Agora você tem que pegar u mininu e esperar o companheiro. Se vê que o companheiro<sup>40</sup> tá demorando, cê pega u mininu numa mão e pega a outra faz balançar o companheiro, você passa o azeite, faz a defumação com azeite. Pega o azeite põe pra amornar, aí você passa a mão no azeite morno e pega o companheiro e balança com azeite. O azeite escorrega, ajuda ele a passar. (Helena, 2019)

Filha da parteira Maria, ela diz que não acompanhava a mãe porque ela era pequena e a mãe não deixava, mas que dona Maria ensinou ela e as irmãs. Mas quando sua mãe morreu ela ainda era muito

39 Sussa é uma dança/música kalunga.

40 Também chamado de placenta ou companheira.

jovem, ela aprendeu mais com sua irmã mais velha, Marina, com quem acompanhou alguns partos. Ela não sabe dizer quantos partos acompanhou. Pegou no Paranã também. Conta que ia muitas vezes em baixo de chuva acudir a mulher.

Mãe Helena parou de partejar devido a um problema na mão, que “ficou esquecida”, perdeu a força nas mãos após um derrame. Mas ela disse que ainda pode ajudar no bezimento que “a mulher não morre de parto nem de morte pagã”.

Planta mandioca, melancia, maxixe, abóbora, quiabo e fala como as pessoas de antigamente tinha mais saúde porque comia o natural sem veneno e sem o que coloca pra crescer rápido, e também porque na roça o povo se exercita mais. Também plantava tudo que é remédio, quitoque, sete dor, guandu, manjerição, mastruz, algodão.

Como todas as parteiras entrevistadas, só cortava o umbigo (cordão umbilical) depois de nascer a placenta, medindo dois dedos (algumas media 3) amarra com uma linha de algodão fiada geralmente por ela mesma, e amarra mais a frente, e corta no meio. Mãe Helena ensina algo que não tinha ouvido de outras parteiras: “E agora vai uma garapinha do manjerição pra não sofrer dor de barriga. Cê pega o manjerição, faz o chá e dá a criança beber, a mãe não dá leite ainda, se a mãe der leite ela dá o peito” (Helena, 2019). Ela também enterrava a placenta colocando sal antes de pôr ela. Da hora que o umbigo caia enterrava na beira do curral para ser feliz porque tem o gado.

No pós parto ela “Juntava as entrecasca do caju, a casca do barbatimão, botava pra cozinhar , entrecasca arará, banhava ela todinha, da cintura pra baixo pra fazer a lavagem pra limpar. E tomando o remédio que precisa, o remédio de mato, manjerição com a negramina, caatinga de porco aí você faz o chá e dá pra beber. E pinga um alcanfor e assa-fétida dentro”(Helena, 2019). O assa-fétida e o alcanfor ela comprava na cidade.

O primeiro parto foi de uma mulher que o neném já estava morto na barriga dela e ela já tava inchada e prostrada.

aí o que que eu fiz, juntei um bucado de remédio, fui num pau onde tinha um pé de sambaíba e um trovão tinha caído no pé da sambaíba, a sambaíba lasqueou, peguei a lasca do trovão, botei no tacho pra cozinhar, juntei os outros remédios tudo e banhei ela, pé com cabeça. Peguei o azeite coloquei na panela, cortei a cebola bem fininha e fui dar massagem. Peguei o pé, fui pelejando até que saiu o braço. Fui devargarzinho mexendo até que saltou u mininu pra fora. Fiz o remédio e fui caçando o companheiro que já tava podre. Fui caçando com a mão

e tirando os pedaços. E fiz o monte dela na bacia, puxando e pondo na bacia. A mulher já tava quase morrendo. Cabeí de juntar pequei uma xícara e fui panhando o remédio, com alcanfor, e fui limpando asseado, até que tirei tudo, a mulher ficou limpa dentro. Aí enxuguei, banhei ela tudo, enxuguei ela tudo. Ela tava muito inchada. Fui para fazer massagem de remédio, peguei o óleo de mocotó com azeite doce e fui fazer massagem nela. Nos braços, nos peito, cintura, nas pernas, no corpo para mode a [ininteligível] vir pro corpo. Quando foi de madrugada ela deu pra gemer, já estava com três dias que estava prostrada.

[E quem foi que lhe ajudou nesse parto?]

Foi Nossa Senhora do Parto.

Ela conta que depois disso a mulher teve vários filhos, e ela que pegou um desses. Disse que rezou: “ô minha Nossa Senhora seja o parto dessa mulher. Me ajuda Nossa Senhora, não deixa faltar na minha mão”. Ela ensina que “tem a reza quando você tá indo pra casa da mulher, mas eu não vou falar porque se não acabou o valor. Pra eu falar e ficar com a palavra registrada, tem que me dar ao menos uma coisa pra mim pagar”(Helena, 2019). Aqui na região a tradição de benzimentos tem sempre um grande cuidado na forma e pra quem se ensina, e já escutei de outres benzedoras e benzedores essa forma de receber algo em troca, como algo necessário. Na ocasião da entrevista, dona Helena ensinou pra gente a reza, eu e Helena que estávamos fazendo a entrevista contamos que somos parteiras iniciantes e retribuímos ela com o que tínhamos. Pelo cuidado na forma como ela ensinou, não vou escrever aqui o benzimento, que tá guardado na minha memória até que surja alguém para repassar, da forma como ela ensinou. Ela também benze de outras coisas como de erisipela, benze pra estancar o sangue, de mau olhado. Aprendeu com a mãe e com a irmã Marina.

Mãe Helena fala que já quase não tem memória, mesmo depois de contar tudo isso, e que não é estudada. O derradeiro parto que ela acompanhou foi de seu neto que hoje tá com 25 anos. Ela ensinou a filha Zumira, nascida em 03 de abril de 1964, hoje com 57 anos, que também já pegou 13 crianças, inclusive gêmeos.

Zumira estava no dia da entrevista com dona Helena, mas infelizmente quando eu fui no Prata e estive com a tia dela Marina, ela estava pra cidade, não estava, lá, gostaria de voltar a conversar com ela. Ela conta dos partos e fala: “Minha mãozinha é miudinha, de parteira mesmo, os dedinhos fininhos”. Ela fala dos remédios que dona Helena contou e acrescenta o sumo de algodão junto com manjeriço e

alcanfor pra dar pra mulher beber no pós-parto imediato. Pro bebê dava chá de cana caiana ou mel de jataí até mamar, quando o leite chegava. As vezes moía a canela pra misturar no chá. Lavava o peito com água morna pra dar de mamar.

Elas juntas contam o palavreado de mostrar pra lua: “lua luar, toma seu filho me ajuda a criar se fosse homem eu dava, mas como é mulher eu não dou não”(Helena, 2019). “Não é seu e nem meu, toma lá e dê cá”(Zumira, 2019). Zumira explica que antes faziam de tudo pra mulher não sair com menos de três dias, e que hoje ninguém faz nada disso.

Zumira conta que “nós pega mininu fica uns dois ou três dias lá labutando vendo como a mulher recupera”, que pegava um tanto de remédio de aperto<sup>41</sup> pra fazer os banhos. Zumira lembra também da comida no pós-parto, sopinha de frango caipira, que hoje também quase ninguém mais segue e come de tudo.

Zumira conta de uma menina que ela pegou e que tava com o cordão enrolado no pescoço e afogando, e ela colocou o dedo menor pra dar folga no pescoço e não apertar a menina, e só quando ela nasceu, chega com o umbigo repuxado da volta do cordão, depois que desdeu as voltas ela soltou o dedo. Esse foi o derradeiro parto que Zumira acompanhou e a menina está com aproximadamente 16 anos.

Zumira teve 9 filhos, Helena e Marina que foram suas parteiras. Todos ela ganhou na roça, “sadona” só o último que ela teve eclampsia depois do parto foi pra cidade pra o hospital. Fala que “nós lá toma muito remédio caseiro, da floresta, igual os índios”, e que mesmo tendo ido pra o hospital, depois ela seguiu com os remédios caseiros. O resguardo é 30 dias.

Elas fala que os problemas que as mulheres tem hoje no útero pode ter a ver com não tomar os remédios e ter os cuidados necessários na alimentação durante o resguardo e durante a lua (menstruação). Costela de gado ia comer só com 6 meses depois do parto. Elas falam que diferente de muitas das mulheres que hoje vive se queixando, elas nunca tiveram corrimento. Perguntei se as mulheres lá alguma tava querendo parir por lá e elas disseram que agora todas tá indo pro hospital, porque muitas pode ter problema e precisar de cesárea.

---

41 Remédio de aperto é uma forma de nomear as plantas medicinais usadas pra banho no pós-parto e em também em outras situações, são remédios que “apertam”, geralmente o que a ciência ocidental denomina adstringentes e cicatrizantes. Fazem a vagina voltar pra o lugar.

**Mãe Marina (Marina José de Sousa) – Prata**



*Figura 18: Foto tirada em 2021 por Juliana Floriano na residência de Marina durante entrevista.*

“Fui parteira aqui na comunidade, peguei muito menino aqui nesse mundo de meu deus, até no Vão de Almas tem um filho que eu peguei.” Nascida em 5 de agosto de 1942, reencontrei dona Marina em seu aniversário de 79 anos. Eu havia conhecido ela em janeiro de 2018 quando teve um encontro de parteiras kalunga para uma pesquisa, e fui a sua casa em 2021. Fazia poucos meses da morte de sua irmã Helena, e ela ainda estava em luto, sem deixar de ter um ótimo humor e fazer suas brincadeiras, me acolheu muito bem, entre choros e risos. Ela foi minha guia inicial na comunidade do Prata, me levou em outras casas<sup>42</sup>, o que foi bom também pra ela passear.

Quando eu pergunto sobre a identificação racial de dona Marina ela me diz que “Moça, eu não sei nem contar e explicar procê qual é o melhor, porque eu sou da mesma família de índio, mas já tá ralo meu sangue com índio, mas eu sou bisneta de índia pega no mato.”

Eu perguntei pra dona Marina se alguém lhe havia explicado sobre menstruação antes de vir o primeiro sangue e ela disse que a mãe dela, Maria, desconfiada de que ela tivesse menstruada, dizia o

<sup>42</sup> Na região do Prata, assim como outras partes do Vão do Moleque e o Vão de almas, as casas são bem distantes entre si, algumas poucas fazem um núcleo mais próximo, geralmente no máximo 3 casas vizinhas. A maioria das pessoas anda tudo a pé, mas tem estrada de carro/moto também. Pra quem é de fora, um verdadeiro labirinto! Impossível andar só sem se perder.

que não podia comer: “Comida remosa, costela de gado, ovo de galinha, fazia ofensa comer esse tipo de coisa, melancia, esses trem que eles plantava de roça e pedia pra não comer”.

Sua vó paterna, Delmira Pereira de Sousa, também era parteira reconhecida na comunidade, e foi ela junto com sua mãe que acompanharam o parto da primeira filha de Marina. Ela conta que o primeiro parto que acompanhou foi de surpresa, não tinha outra pessoa na hora, e chamaram ela e que “foi o primeiro que eu peguei e daí vim ajudar minha vó com a minha irmã e o pau foi quebrando”.

Ela conta que acompanhou só um parto junto com sua vó, todos os outros ela mesma estava a frente, mas que ela seguia o que a vó ensinava, e “aprendi a fazer remédio a mais, benzimento, alivrança de morrer de parto. Benzo pra não morrer de parto, nunca morreu nenhuma”(Marina, 2021).

Quando ela chegava na casa da mulher o primeiro que dava: “Eu dava um chá de canela, um café sem doce, esses trem que eu dava. Banho, fazia uma água de sal e outra hora cozinhava umas rama de pequi, manjeriço, negramina, catinga de porco e dava um banho pra apertar a dor”.

Ela também usava o azeite de mamona “Eu chegava e ela tava com dor, eu dava defumação duas vez, quentava e dava duas vez que ela avexava. Passava na barriga e na vagina”. A posição que geralmente a mulher paria era : “eu botava no assento, um cepo, forrava ele e ela sentava, sentava quase nas cadeiras pra pegar u meninu e u meninu passava”. Se o companheiro demorasse pra nascer ela diz que era costume usar leite de amendoim ou de gergelim, além dos outros remédios, e que se nada desse, ia buscar com o azeite.

Dona Marina como todas as parteiras entrevistadas, só cortava o cordão depois do companheiro nascer e fazia assim: “mede, amarra bem acoxado, corta e queima. Queima, queima e vem com o pavio molhado passa assim, corta um buraquinho rodadinho numa camisinha e prega”. A camisinha que ela fala era pedacinhos de tecido cortado em quadrado, mais ou menos no tamanho de uma gaze, que usava para o curativo do umbigo. Ou a parteira tinha e levava, ou a própria mulher providenciava. Sobre os cuidados no parto imediato, mãe Marina explica:

Queimava, banhava, tirava ele dali, tinha vez que ele saía todo emporcalhado, banhava na água bem morna, enxugava e passava o pavio, a camisinha e amarrava a faixa. Vestia o coletinho dele e botava o chapeuzinho cheio de algodão dentro pra mó de tampar o ouvidinho e não pegar doença, friagem. Depois que arrumava ele todinho ia arrumar a mãe, tirava a roupa da mãe, já tava com o banho pronto, ela banhava, botava ela pra cima da cama, vezes que usava até uma faixa de remédio amarrado no pé da barriga de um lado, deitava tava limpinha, pegava o

menino e botava lá. A hora que chorava azeite na boca e no umbigo, até comia um bocado de azeite, daqui um pouco derramava uma garapa de mel de abelha pra dar, ou então um açúcar de forma, açúcar da terra, fazia a garapinha pra dar com canela, coava e dava até ele dava pra mamar. (Marina, 2021)

Quando eu pergunto sobre como era o acompanhamento dela no pós-parto, se ela ficava na casa da mulher ela responde: “Uns eu ia embora e outros eu assistia. Às vezes ela não entende nada, se fosse uma pessoa de entendaça, conforme o que tiver de particular precisando, eu deixava a pessoa pra cuidar, conforme era eu mesmo que enquanto a mãe não desse de cuidar, eu não largava” (Marina, 2021).

As plantas usadas no resguardo:

Depois que passava, o resguardo, a mulher tava deitada, só comia comidinha mole escolhida, o banho era de folha de remédio, de catinga 3 dias, acabando os 3 dias, usava casca de cajú, casca de araçá, casca de mama de porca, ali mesmo tem um pé pesado. Catinga de urubu é um ramo de folha larga redonda, eu cozinhava e era bom pra fazer o banho. Tirava a entrecasca da quina e botava pra cozinhar, botava alcanfor pra dar a ela pra beber. Manjerição, mastruz, negramina, cozinhava, botava alcanfor e dava a ela pra beber pra ficar sadia da barriga.

O derradeiro parto que mãe Marina acompanhou foi há 5 o 6 anos, provavelmente por volta de 2015. Ela disse que parou por conta da vista ruim. E menciona sua sobrinha Zumira que se precisar, ela pega. Quando eu perguntei o porque das mulheres estarem tendo mais no hospital, ela explica: “Porque no hospital, se não deu de um jeito, dá de outro, e aqui não é assim. Porque no hospital, se vê que não deu de um jeito, já tá na força das lei e eles arruma, não deixa morrer. Aqui foi a sorte de não ter matado alguém nessa hora, deus me deu a entendaça de eu socorrer todas elas sem precisar dá prejuízo”.

Mãe Marina menciona o saco de remédio que as mulheres levam pra o hospital: “Elas que vai ganhar lá, ainda leva o saco de remédio pra cozinhar lá e beber. Da região de cá quando vai pro hospital pra ganhar já leva o saco de remédio. Elas ganham, lá tem as agulhada, mas quando chega acá, eu cozinho o remédio e bebe, banha”.

Ela nunca recebeu pelos partos, mas comenta que se ao menos cada um que ela pegou desse 10 reais ela já fazia uma compra.

A única mulher que ela conheceu que morreu de parto foi há muito e muitos anos, ela ainda era adolescente, pelo que ela ouviu a placenta não nasceu e deu hemorragia.

você sabe porque é bom ter uma parteira em casa? se adoecer u mininu ela já sabe: “minha fia arranca aquele pé de ramo que é um remédio bom pra dar ao mininu. Minha fia esse remédio aqui é bom pra dar pra uma criança”. Se a gente é nova, se não sabe de algum remédio, se adoecer uma criança: “minha fia aquele remédio é bom pra febre, você vai lá e pega esse remédio”. Ela ensina você tudim, você despeja no copo e dá a criança pra passar a febre. Que nem aquela cumadre Marina, aquela velha ali é a segunda mãe de meus mininus, que as vezes que eu tava com mininu com febre:

\_ Cumadre Marina, meus mininu tá com febre

\_ Uá cumadre! Bora no mato arrancar uns remédio.

E eu ia sabendo os remédio que ela arrancava e dava pro mininu. porque a parteira em casa ela é muito melhor, porque ela sabe muito remédio. Que a gente ser nova, quando a parteira vai arrancar remédio você acompanha ela, pra saber qual o remédio que ela vai arrancar, pra você também arrancar. Eu aprendi muito as parte do remédio com cumadre Marina. Aquela mulher é uma joia. (moradora do Prata, 50 anos, 11 filhas, 3 com Marina, 4 em hospital)

### **Mãe Fortunata- Prata**

Fortunata até 7 dias olhava a gente, lavava a roupa depois, passava e ia embora. Era tanta coisa do mato de pau que ela cozinhava pra lavar as cadeira da gente, diz que pra tirar a friagem. Negramina, caatinga de porco, folha de pequi, não eu não do conta não, aquele enxerto de passarinho, um bucado de coisa. Pra beber na hora de ganhar eles fazia um chazinho de pinga ali com cravo e pimenta do reino, aí era rapidão.

Passava azeite na vagina e na barriga.

Benzimento ela não fazia.

Ela ficava de cócoras, na frente da cama, forrava um pano e ficava.

(moradora da Prata, 55 anos, 13 filhas, um tanto com parteira e um tanto no hospital)

### **Celiaca Pereira Tertuliano<sup>43</sup> -Vão do Moleque**

Nascida em 1944 no Vão do Moleque nas mãos de sua vó Florença Pereira Tertuliano, a entrevistei em sua casa com 77 anos. Sendo a filha mais velha de 10, ela ajudava a vó nos partos da mãe cuidando dos remédios e no resguardo, só não ajudava no parto porque “Eles aqui não deixavam uma moça de 15 anos ver não, só depois que ela já fosse senhora da cabeça dela. Mas agora não tem mais isso não, agora mininu é grande, só não vê porque as mulher deu pra parir tudo na cidade”(Celiaca, 2021).

Sobre a menstruação ela conta que “Naquele tempo eu não sei como era a cautela porque nem calcinha as mulher tinha. Tinha vestido de anágua pra tampar, mas escorria pra perna e ia pro rio, ficava no rio porque não tinha tampa nenhuma. Agora não, agora o trem tá tudo bom, ninguém vê isso mais, já é tudo tampado, mais resguardado” (Celiaca, 2021).

Teve 11 lhes e criou 8, todes nascides nas mãos de sua mãe Cirila Pereira Tertuliano. As/os que não criou foi porque nasceram mortes ou botou pra fora<sup>44</sup>.

O primeiro parto que ela acompanhou foi porque duas mulheres deram dor na mesma hora em casas diferentes, e aí a mãe de Celíaca deixou ela cuidando de uma enquanto ia ver a outra, até ela voltar. E aí ela não voltou a tempo a Celíaca foi quem pegou. Diz ela que os remédios que a vó e a mãe usava eram os mesmos:

pra esquentar tomava pimenta do reino com canela, chá desses trem forte, bebia pra esquentar. Na hora que ganhava era sumo de algodão... eu ando com a cabeça ruim... era riscado de fogão, esses trem assim que a gente fazia e bebia, alcanfor na cachaça. Era só mesmo aqueles três dias.

Apanhava casca desses pau, negramina, manjericão, ventre livre, esses pauzinho assim, botava e fazia o banho da cintura pra baixo. Tinha vez que não acabava de banhar e já tinha ganhado. (Celíaca, 2021)

Ela também conta da malassada, o preparado com ervas e sebo de rim pra pôr pra na barriga, aprendeu a preparar com manjericão, a negramina, o ventre livre, o alcanfor.

A vó dela benzia mas ela não aprendeu.

43 Infelizmente com um problema técnico no computador, perdi sua foto.

44 Botar pra fora é uma forma de nomear o que hoje nas grandes cidades se chama aborto. Como será abordado em outro momento, as mulheres aqui na região quando perguntadas sobre quantos filhas tem, todas contam as gestações que foram interrompidas por abortos espontâneos, então por isso é tão comum ouvir tive tantos e criei tantos.

Um cepo<sup>45</sup> pra sentar, a mulher sentava, a outra ficava de lá. Agora diz que ganha o menino no hospital deitada, não aguento dor deitada, Ave Maria. Aqui já tá com muitos anos que as mulher não ganha menino aqui. (Celíaca, 2021)

Mãe Celiaca chama de vida o cordão umbilical e a placenta ela nomeia de mãe do corpo. Ela ensina para nascer a placenta:

Tinha vez que demorava demais, era de fazer remédio, sacolejar essa mulher, botando pra soprar cabaça, esses trem pra fazer a força. Dava remédio, sumo de algodão, pra ver se esquentava dentro, às vezes era friagem. (Celíaca, 2021)

Muitas parteiras usam a técnica de soprar a garrafa, Celíaca fala da cabaça, que é uma forma de direcionar a força pra baixo.

As plantas usadas no resguardo dos meninu “de tempo” era o mesmo dos que vinha “fora de tempo”<sup>46</sup> “sumo de algodão, sal, quina, tanto pra beber quanto pra banhar”. Para banhar também usava caatinga de barrão e negramina.

Suas filhas todas tiveram filhas na cidade. Perguntei porque ela não acompanhou os partos das filhas e ela falou: “Não porque eu já tava muito nervosa. Falava: "Vai pra cidade, é melhor, lá tá em cima do conforto, qualquer erro que tiver já tá perto do conforto, e aqui é um meio de mundo, e elas ia embora pra cidade” (Celíaca, 2021).

Ela fala que sente falta das parteiras atuando, mas que hoje as parteiras não querem atuar porque os partos tem muitas complicações porque as mulheres de hoje não seguem os cuidados. Ela mesma deixou de acompanhar porque foi ficando nervosa.

Para ela a saúde das mulheres é melhor agora que elas ganham no hospital: “É melhor, porque lá, da hora que ganhou, fica lá de um dia pro outro, vem pra casa, e aí a gente vai cuida dos remédio de banho, de beber, de curar umbigo de menino”(Celíaca, 2021).

Perguntei se ela imagina um mundo sem parteiras e ela respondeu que não e disse que “ Não imagino, tendo a parteira não carece as mulher sair, mas não tem. As mulher só tem a coragem, não tem saber nenhum, e as parteira têm de ter o saber. Tem parto que fazem oração e as mulher daqui não sabem”(Celíaca, 2021). Ela mesma diz que ela tem a coragem mas não tem o saber, que não aprendeu tanto da vó. Ela ensinou pras filhas somente os remédios que usa.

---

45 O cepo é algo muito usado pelas mulheres para parir. Era forrado e servia de apoio. Eu acredito que ele ajudava tanto pra o apoio da força, como protegia o períneo de não rasgar.

46 Forma de nomear os que nascem com 9 meses de gestação e os que nascem sem estarem formados.

## **Engenho II<sup>47</sup>**

1960 Messias, Daniela

1970 Messias; Daniela

1980 Daniela

1990 Getúlia

## **Mãe Getúlia**

Nascida em 11 de junho de 1958 teve 10 filhos, 8 nasceram em casa com parteira e os derradeiros, gêmeos, foi de cesárea no hospital. De todes ela fez o pré-natal e tomou todas as vacinas, ia a pé do Engenho até a cidade de Cavalcante, mais de 20km.

Era um dia de viagem. Sentando, deitando nas estradas, do primeiro até o último. Até a última menina, as gêmeas, eu fui a pé. Só que nessa época a gente arranjava carona, porque eu morava na roça, eu não morava aqui fora, morava na roça, que tinha que subir serra, grande serra pra poder entrar na estrada de Cavalcante, ir pra Cavalcante, fazer... ir deitando nas estradas, dormindo, às vezes, no morador, pra poder chegar em Cavalcante e fazer pré-natal. Valia. Cumprir, né? Cumprir é bom. E essa parte aí de pré-natal, de estar recebendo as vacinas, evitou muitos tipos de perda de criança, de criança nascer... com os problemas que a gente alcançou muito. Pessoas que não tinha... não conversava, não ouvia, não tinha como falar. Outros, tinham aquele problema que as pessoas chamavam de mal dos sete dias, que essa parte foi eliminada, essa doença foi eliminada, né? (Getúlia, 2019)

Sua primeira filha nasceu em 1977 com a parteira Tia Messias e outras ajudantas. “Olha não dá conta de contar porque quando a parteira ia, ela já ia com algumas companheiras e os arredores que ficavam sabendo dirigia tudo pra lá. E eu morava bem longe, eu morava lá na entrada, lá embaixo...“(Getúlia, 2019)

Uma faz um remédio, outra faz outro, outra vai longe buscar um remédio ou buscar uma coisa de alimento que ali na casa não tem, tá faltando, como fizeram

---

47 Como foi mencionado na parte de metodologia, não foi possível ir a campo fazer entrevistas na comunidade Engenho II, por questões de prazo de finalização do doutorado. Só foi possível entrevistar Mãe Getúlia em 2019 pela pesquisa para o IPHAN e entrevistei mais uma moradora atual da cidade, mas que cresceu no Engenho e contou algumas histórias de lá, incluindo da parteira Messias.

pra mim, que eu era muito pobre, não tinha recurso, e a menina veio sentir dor em uma época que não era a época marcada, o médico tinha marcado pra eu ter em agosto e eu tive em julho. Eu não tinha ainda todos os preparos, então, naquele tempo a gente tinha que ter muitos preparos, né?

(...)

Um caldo de carne moída, de carne desfiadinha, seca, né? Carninha seca com pimenta do reino, uma pimentinha... sempre uma pimentinha do reino, uma pimentinha malagueta e bem temperado, aí fazia e dava pra gente. As vezes botava um pozinho de farinha que é pra poder a gente ficar forte, também se a gente... porque eu levei e eu senti dor na sexta-feira passou a sexta, o sábado, eu vim ter ele no domingo, imagina o quanto a minha casa ficou cheia. Enquanto isso, pessoas foram aqui, foram acolá, foram em cada casa buscar coisas que as parteiras mandaram buscar. Uma canela, um cravo, ovo as vezes, uma carninha, então assim nós tínhamos bastante, graças a Deus. Porque a gente estava ainda preparando, né? Não estava tudo preparado. (Getúlia, 2019)

Ela conta que os preparos era desde o início, plantar uma horta com coentro, cebola branca, alfavaca, alho, criava os franguinho para o resguardo que só come franguinha no óleo de coco ou no toicinho. “Tia Daniela, que foi minha parteira do segundo filho, ajudada pelo filho Zé Preto.”

quando tem o dom, a gente aprende fácil. Do mesmo jeito que as mulheres cuidaram de mim, eu sei cuidar das outras, das que eu consigo, né? (Getúlia, 2019)

### **São Domingos e região**

1920 a 1960 Angela Cesario de Torres

1960 a 1970 Izídia; Antônia; Angela; Otávia

1970 a 80 Crispiana Francisco Maia Brito; Jinú(Januária); Antônia; Ramira; Otávia

1980 a 90 Crispiana Francisco Maia Brito; Jinú; Ramira; Durvala; Antônia

1990 a 2000: Ramira; Antônia

2000 a 2010: Ramira

2010 a 2020: Ademir(filha de Ramira); Ramira

### **Mãe Antônia (Antônia Francisco Lopes)**

Nascida em 13/06/1927 e falecida em 11/09/2010, segundo sua filha ela pegou entre 175 e 178 mininus. Foi parteira das entendidas, as pessoas da comunidade de São Domingos lembram dela com muita reverência.

Antônia quando a gente ganhava mininu ela ia lavar as roupa da gente tudo.

(Moradora de São Domingos, 62 anos, 7 filhas)

minha mãe saía sempre, mas eu não ia, agora só teve esse que eu tava maiozinha, moooooça eu vou falar pra você, mas eu era pequena mia fia, caminhava tanto, você acredita que me deu dor nos pés que foi uma coisa terrível?! Essa mulher passou tão mal que chamou o povo dela tudinho. Eu sei que precisou chamar uma pessoa dela na roça, aí a gente foi, eu e outras, e nós caminhou. Toda hora tinha que ir num lugar pra ir buscar um remédio, e aquele sofrimento o dia todinho. Minha mãe bateu de cedo na casa desse povo, eu sei que ela veio a ter essa menina de tarde. Mas também nasceu um amor de gente. Que sempre naquele tempo minha fia, quase todas as parteiras quando fazia o parto elas é que lavava a roupa daquela mulher. Eu sei que minha mãe trouxe as roupas dessa mulher, eu não lembro em que mês foi, só sei que lembro da minha mãe estender aquele mundo de roupa até o vestido do casamento veio dessa vez. Eu lembro até hoje.

( Filha de Antônia, 60 anos)

[recomendações durante a gestação] não pegar friagem, tomar purgante de azeite quando tava perto de ganhar mininu, tomar os chás. Só tomava chá se precisasse, e quando tava bem perto de ganhar era bom o chá de erva cidreira que ajudava a relaxar.( Filha de Antônia, 60 anos)

eu fiquei com dor pra ganhar vendo sinal menstruação tudo tava vindo e não nascia o mininu. Aí tinha uma parteira que chamava Jinú, porque era assim: quando não era uma era a outra, a que chegasse na hora. Ela ia passando pra ir pra Cavalcante aí meu marido chamou ela, que ela era entendida, ela puxava os

neném da gente quando as placenta ficava ela cortava lá dentro, ela era daqueles povo entendido. Aí eu já tava com 10 dia de dor, quando ela chegou, ela pôs um azeite na mão e mexeu, aí parece que fez tuuuuco[simula um barulho]. Aí dizendo ela que era o braço do mininu que entrou no pente, aí depois eu fiquei ainda uns 8 dias sem ganhar ele. Aí veio essa Antonia, ixi, ela era nosso desemboco aqui, era ela e iaiá, nós chamava ela iaiá, Ramira. Morreu [Antonia] mas pra nós era quem nos ajudava, era o médico nosso, era quem nos ajudava, a médica nossa era ela. Aí ela veio fez um bucado de banho pra mim dinovo, aí eu ganhei. Ela era uma parteira muito boa que ajudou muito a gente, que a pessoa morre mas a gente nunca esquece o que a pessoa faz, ela fez muito bom pra mim,era boa demais. Aí eu tive ele. Mas só esse que foi mais difícil foi esse. Nasceu bem, tá bem aí. (moradora de São Domingos, 64 anos, nascida nas mãos de Antonia, 19 filhas, 3 nascides em hospital es outres com Antônia ou Ramira)

### **São José e região**

1930- 1940 Maria Paulina, Efigênia Francisco Torres

1950-1960 Joana Paulina dos Santos Rosa, Efigênia

1960-1970 Joana Paulina dos Santos Rosa, Efigênia, Sercunda

1970- 2010 Sercunda, Julia Paulina da Silva

### **Sebastiana de Souza Coutinho(hoje 90 anos)**

minha vó é parteira de mão cheia, Sebastiana, 90 anos e ela ensinou muitas outras, só que hoje no nosso município a gente sabe que elas não tem mais essa função.

outra coisa bem interessante que minha vó fazia era a primeira comida da mãe aí ela fazia mingau de crueira.

a minha vó, principalmente naqueles partos difíceis ela pedia pra família rezar, pra família rezava ela pedia pra rezar e pra família que orasse ela pedia pra orar.

(neta de Sebastiana, 39 anos)

**Todas as mulheres entrevistadas se referem a mãe Sercunda e tia Julia.**

## Mãe Sercunda

era gente muito amorosa ela, foi uma pessoa que a falta dela abalou muito nosso lugar, porque todo mundo chamava ela de mãe, porque antigamente a parteira era a mãe da criança, os pais botava pra chamar de mãe. Então ela fez muita falta, que ela salvou a vida de muitas mulher aqui e de muitas pessoas, porque ela era remedeira. A gente pegou aquela força, aquela confiança, animação, enquanto não fosse atrás dela parece que os remédio que tava tomando não funcionava, só aquela confiança, sabe? Ela fez muita falta foi pra todos. (moradora do São José, 69 anos, 8 filhas nascidas com Sercunda)

ela jogava remédio, enfiava no banho. Esquentava os remédio colocava numa bacia e sentava a gente dentro pra tá molhando. (moradora do São José, 69 anos, 8 filhas nascidas com Sercunda)

A Sercunda fez parto de muitas mulher, era uma senhora salvou muita vida, primeiro deus, e depois ela. Ela ia para tudo que é lugar, o povo carregava ela meia noite aí ó, atrás dela. E tinha uma senhora de Teresa também, mas a mais velha era essa Sercunda que fazia parto das mulheres. (moradora do São José, 50 anos, 2 filhas nascidas de cesariana)

A tia Paula e mãe Sercunda, foram as mães aqui do povoado, mais a mãe Sercunda, sobre a questão de parto. Todo mundo quase aqui vai chamar ela de mãe, porque ela fez inúmeros partos. (moradora do São José, 39 anos, 4 filhas, 2 perdas, 2 nascidas em hospital, neta de parteira)

## Mãe Joana Paulina dos Santos Rosa

eu lembro que ela (Joana) pegava os remedinhos, até chamava a gente pra tirar com ela quando a gente tava, ou ela explicava os remédios pra gente fazer quando a mulher tava na gestação, quando dava dor. Ela ensinou pra gente que

pegava a boca do cupinheiro pra colocar pra ferver, pra dar banho da mulher, pra dar chá de pimenta do reino que era pra esquentar, a folha de negramina ela também usava pra facilitar no parto, mentrastro essas coisas assim.

quando demorava muito de ganhar eles amarrava uma corda em cima pra mulher segurar, diz que pra dar força.

(neta de Joana, 53 anos, 3 filhas, 1 em casa, 2 no hospital)

### **Cabeceira do Vão e Capela**

1950-1960 – Antônia; Sebastiana, Cesárea

1970-1980 - Brarda e Basilona(filha de Brarda); Domingas Rodrigues de Sena; Cesárea; Brisa(Brigida, Brisda) Dias Pereira; Basila

1980-1990- Brisa(Brigida, Brisda) Dias Pereira; Selvina; Basila; Procora; Joana

### **Mãe Antonia**

ela vinha só pro parto, ela falava que não entendia de nada só tava ali de companhia. (moradora da Capela, 66 anos, 8 filhas, 1 no hospital e 7 em casa)

### **Cesária Torres de Lima**

eu lembro da minha vó dormindo e as pessoas chegava chamando ela pra ir atender tal fulana que tava com dor e ela montava no cavalo e ia, prestar serviço, que era o serviço dela. (moradora da Capela, 55 anos, 4 filhas, 3 nascides em hospital, 1 nascida em casa “sem querer”)

### **Brarda e Basilona(filha de Brarda)**

elas pegaram muito, e era muito boa parteira. E pegou muito!!!! elas pegava meninu de mais, pra esse mundo pra lá tinha muita mulher que chamava elas. E elas sabia benzimento.

Basilona que salvou a vida da minha tia. Ela deu dor, ficou uns 3 dias com dor também, aí pegou mandou buscar ela, meu tio veio buscar essa véia Basilona levou. Chegou lá o menino queria nascer era pelo ombro aí ele falou: "ela vai morrer, não tem jeito não, que dia já viu isso". Aí os pezinho da menina, o que

tava nascendo era os dois pés, a menina dela é viva até hoje, tem salão lá em Cavalcante. Aí essa Basilona chegou e falou: "não, ninguém nasce mininu desse jetio, eu nunca vi". Aí chegou minha tia [Barda, mãe de Basilona] e.... O benzimento, por isso que eu falo que o benzimento vale muita coisa, e ela benzeu, voltou a cabeça da minha tia pra baixo, pegou ela botou os pé dela pra riba, aí o mininu desceu, quando desceu a menina já veio, já nasceu normal.

minha tia[Brarda] ela já levava aqueles trenzinho já amarrada no pano, chegava lá: "faz isso, ferventa isso aí dá a ela pra beber". Eu bebia e nem sabia o que que era que eles dava. Eu acho que ela leva era o segredo dela. Que essas parteiras...você sabe?

(moradora da Capela, 64 anos, 4 filhas, um em casa e 2 em hospital em Brasília)

### **Brigida(Brisda ou Brisa)**

a primeira vez que eu vi um parto foi com a dona Brisda. Ela ensinando pra mim e a prima do meu marido: "vocês vão aprender, porque uma hora vai precisar e vocês tem que fazer, você não vai deixar a mulher morrer."

(...) quem me explicou foi a dona Brisda, foi a nora dela ganhou neném, aí ela passou de cavalo pra ir, e falou: "vamu minha filha ajudar eu a pegar neném lá que eu to velha". Aí a gente foi, foi eu e a prima do meu marido. Com ela nós fizemos dois partos, eu e essa prima do meu marido. Meu filho tava começando a caminhar, o primeiro leite que o neném mamou foi o meu, dona Brisda passou mal que ela já tava de idade. Uns foi cuidar dela e eu fiquei doida correndo, era pra eu fazer remédio pra levar, aí quando eu olhei a menininha tava lá esperneando pelada, eu fui lá joguei um paninho nela. E a prima pelejando com a parteira pra voltar ela, ela falou: "eu não faço mais parto, eu não to capaz disso mais". Aí ensinou pra nós cortar imbigó, aí nós cortou, ela falou: "vocês tem que aprender. Que vocês são nova tão jovens, aí a gente cortou imbigó, aí depois foi outra, e ajudamo do começo ao fim. Todas as duas mamaram meu leite. [1984 e 1985]

(...) depois que a mulher ganhava neném ela falava pra fazer sumo de algodão, mastruz e colocava azeite, uma colher de azeite pra limpar, pra sair tudo, e depois

fazia a garrafada pra mulher ir bebendo, arruda, cedro, gervão, manjeriço, chifre, eles fazia a garrafada pra mulher ir bebendo durante o resguardo. (moradora da Capela, 55 anos, 4 filhas, 3 nascidas em hospital, 1 nascida em casa “sem querer”)

Ela conta sobre Brisda que os banhos ia as mesmas coisa que ela falou antes mais mentrasto, mama de porca, tirava a a casca e colocava no banho de acento. E que pra criança ela sempre mandava banhar com mentrasto e picão e pau de coentro.

### **Rio Preto e região**

1970-1980 Felicidade da Silva Oliveira

1980-1990 Teotona

#### **Felicidade da Silva Oliveira**

quando dava a dor eles dava um chá de um jeito, dava outro chá, a gente ia bebendo até ganhar o mininu. (moradora do Rio Preto, 68 anos, 6 filhas nascidas em casa)

#### **Teotona**

eu lembro minha vó, que o pessoal vinha de cavalo e falava assim: “eu to indo pra tal fazenda fazer um parto, pegar uma criança”. Aí ela ia junto. Teve um que eu cheguei a participar, o marido foi atrás dela nas Lajes eu morava com ela pra escola, nós fomos, uma distância de uns 50 metros nós escutamos ela já fazendo a força pra criança nascer, aí minha vó falava era puxo, ai ela falou: “vamos correr porque a mulher ta ganhando neném”. Quando nós chegamos lá, a criança tava atravessada, nasceu o braço, dava pra gente ver o braço nascido. Aí na época não tinha recurso, aí a mulher terminou vindo a falecer. Aí minha vó ficou muito muito desesperada de ver aquilo. Na época eu tinha acho que 10 anos. Você fica também em pânico de ver a pessoa gritando, pedindo pra não morrer e termina morrendo.

[naquela época não tinha transporte?]

não tinha transporte, nenhum. Pra sair com a mulher tinha que colocar numa rede, aí botava na rede, juntava aquele monte de homem e levava pra cidade mais próxima que seria colinas. Lá tinha gente que tinha carro, mas eles era uma família muito pobre, aí não teve como.

(...) e aí quando foi na hora dela nascer, eu não desmaiei, mas ela veio, eu fiz a força ali e parou, ela nasceu só a cabecinha e eu não tive mais força pra eu expulsá-la. Aí ficou presa no pescoço. Aí minha vó pediu pras mulheres que estavam lá subir na minha cama e levantar, me erguer lá em cima e depois me soltava paaa. Foi como ela nasceu, só não podia me sacudir, me levar pra cima com força, mas pra baixo era pra me jogar, elas fizeram isso, aí ela nasceu. Eu via tudo mas eu não tinha mais força pra botar ela pra fora, mas foi 5 dias menina, né? De dores....Mas ta aí minha filha linda, já me deu uma neta.

(moradora do Rio Preto, 56 anos, neta e filha de parteira, 4 filhos, 2 em casa e 2 no hospital)

### **Rio Bonito- Vão do Órfão**

1960- 2000 Procoria, Dominga, Iva

### **Procoria Moureira dos Santos**

mãe ia pegar mininu, aí era difícil, aí vinha no cavalo, montava, a pessoa vinha atrás dela pra mode fazer o parto. Esses mais novo que mora aqui dentro, quase tudo foi ela que pegou,

teve uma mulher que ganhou 3 e quem pegou foi mãe. Ela já morreu, os filho ta aí. (filha de Procoria, 53 anos)

Foram muitos os relatos de parto de gêmeos e até trigêmeos no Vão do Órfão.

### **Dominga**

[depois que o bebê nascia pra nascer a placenta?]

tinha vezes que ela mandava a gente ficar de cócoras, e fazia uma forcinha, soprava uma garrafa. Aí despachava.

[no resguardo] cumadre Dominga falava pra gente tomar raiz de carrapicho, gervão, quina, folha de algodão, mastruz, arruda, carrapicho barra de saia. Negra mina pra beber e banhar. Quina pra gente beber e banhar. (filha adotiva de Dominga, 66 anos)

### **Cidade**

Joana> início dos 90

Joana de Torres, tanto que no dia que eu ganhei meu mininu no hospital, eu não sei se foi vento que ele pegou, ele ficou numa ronqueira no nariz até hoje eu não sei se foi friagem. Eu lembro que eu ainda levei ele lá nela. Ela era nota mil, tia Joana, parteira igual ela. Ela morava na cidade. Muita gente ganhava em casa, o que eu vou fazer no hospital se tem a parteira aqui? (moradora de Cavalcante, 56 anos, 3 filhos nascidos em hospital)

## 7. O correntão: Epistemicídio da parteria tradicional em Cavalcante

Em todas as entrevistas e rodas que participei conversando com parteiras as mesmas relataram não estar mais acompanhando partos, a não ser em casos de emergência, quando as mulheres passaram do tempo de ir para cidade e entraram em trabalho de parto na comunidade sem ter acesso a transporte. Uma das perguntas dessa pesquisa foi quando e porque as parteiras deixaram de realizar partos? E outra que é a mesma, só que de outra perspectiva: quando e porque os partos deixaram de ser assistidos por parteiras no município?

[você sente falta das parteiras?] Pra fazer parto não. É muito perigoso, não aconselho ninguém ter parto de índio, **acabou esse tempo**. (moradora do Rio Preto, 56 anos, neta e filha de parteira, 4 filhos, 2 em casa e 2 no hospital)

Então tem toda essa questão jurídica também. Que quando você tá numa clínica de parto ou quando tem uma clínica que acompanha um parto domiciliar, ela já tem toda a estrutura pra que isso se resolva, já vai ter o médico que acompanha, o enfermeiro que acompanha, se der alguma intercorrência ela tem estrutura de acolher. É diferente de eu falar: seu parto em casa **igual era**, igual **foi com sua vó** com todo mundo que fazia, igual **os índios fazem**, é lindo, mas e aí? "A, foi a enfermeira que orientou..." (enfermeira da Unidade Básica de Saúde, realiza pré-natal, 40 anos, branca, nascida em hospital)

[você ouviu da gestão alguém proibindo as parteiras?] Não. Mesmo porque naquela época esse curso [com as parteiras e profissionais da saúde] foi promovido pela regional de saúde, mas proibir parteira, não tem essa orientação não. **Foi uma coisa que foi caindo naturalmente fora do costume** e as mais antigas foram morrendo e as novas não quiseram mexer com isso e **uma profissão entre aspas que acabou com o tempo mesmo**. (Médico plantonista no Hospital Municipal de Cavalcante, 68 anos, branco, nascido em hospital de capital, trabalha há 20 anos na saúde do município)

“Naturalmente” em Cavalcante começa a existir um rumor de que as parteiras poderiam ser julgadas e presas se algo acontecesse num parto assistido por elas; “naturalmente” durante mais de dois séculos parteiras foram queimadas na inquisição acusadas de crimes contra a reprodução; “naturalmente” durante pelo menos um século e meio os médicos escreveram tratados, manuais, reportagens afirmando a ignorância e o perigo das parteiras; “naturalmente” durante pelo menos 5 séculos desde a colonização aquilo que é tido como civilizador é visto como caminho único, melhor que os outros. “Profissão entre aspas” não tem valorização financeira, remunerada, na era do dinheiro, não enche barriga, como as mais jovens iriam se interessar por uma “profissão entre aspas”?

Os saberes e fazeres das parteiras tradicionais de Cavalcante são saberes amefricanos (Gonzalez, 1988) ancorados em fontes de memória ancestral indígena, africana e também europeia cristã. Para a monocultura aquilo que não é “civilizado”- ou seja, pertencente a cultura de quem historicamente foi reconhecido como cidadão civil, colonizadores, e logo a elite branca- é erva daninha. Nesse sistema de pensamento e ação para a melhor produtividade as ervas daninhas devem ser eliminadas.

Nas falas anteriores aparece a noção de *parto de índio*, com uma carga de passado, *o índio* como um símbolo daquilo que foi ou deveria ter sido ultrapassado. Hoje muitas aldeias indígenas passam pela mesma realidade de Cavalcante, sem parteiras atuantes, com as mulheres precisando se deslocar para parir; outras vivem um reencontro com o partejar por parteiras da comunidade que estudam enfermagem e aliam conhecimentos tradicionais e científicos; em outras os partos acompanhados por parteiras nunca deixaram de acontecer e as novas gerações aprendem o partejar. Enfim, são muitos contextos, porque *índio no Brasil*, segundo o IBGE 2020, são 1.108.970 pessoas residentes em Terras Indígenas (Campos, Ana Cristina 2021), sem contar as/os vivem fora das aldeias, e mais de 250 povos com histórias próprias. Mas não vou entrar nesse tema, só pontuar, porque é sempre importante lembrar que os povos indígenas tem cultura vivas e dinâmicas, estão se transformando, modificando seus sistemas próprios de saúde, refletindo, teorizando sobre sua realidade, lutando politicamente por melhores condições de vida, e são muitos e diversos.

Ainda que a realidade atual dos povos indígenas seja complexa e dinâmica, a ideia *parto de índio* está presente no imaginário. E na minha leitura das falas anteriores, ela está ainda arraigada na dicotomia civilizado x selvagem, cultura x natureza, mente x corpo. São os pares binários que fundamentam a ciência moderna e o pensamento colonial. A racionalidade branco-ocidental-moderna-capitalista-

patriarcal-racista vem se forjando no ideal de dominar aquilo que é selvagem, natureza, corpo. O imaginário *do índio*<sup>48</sup> nessa construção colonial pode ser do bom ou do mal selvagem, ou seja, por um lado é idealizado “seria lindo um parto como os índios fazem”, por outro lado representam aquilo que deve ser abandonado “ninguém quer parir como índio”. Mas tanto em sua versão romântica quanto em sua versão repulsante são imagens que congelam e idealizam o que é ser indígena, criam (ou repetem) apenas um símbolo do que está em outro tempo e não pode ou não deve retornar: o selvagem.

igual bicho do mato mesmo, antigamente era, hoje a medicina... (moradora da Capela, 66 anos, 8 filhas, 2 no hospital e 6 em casa)

As narrativas que fundamentam a monocultura são contadas como história única: a humanidade, esse coletivo mítico, caminha de um ponto comum, numa linha reta, até outro ponto comum. Alguns membros desse coletivo mítico às vezes vão ficando pra trás na caminhada, mas se argumenta que em algum momento chegarão no mesmo lugar que os outros (só que esquecem que se ambos seguem caminhando, nunca estarão no mesmo lugar), aqueles que vão ficando muito “pra trás” às vezes nem são mais considerados tão humanos assim, de tão distantes dos que estão no início.

Mas já melhorou bastante, antes não fazia nem o pré-natal, tinha a parteira na comunidade, a mulher tava prestes a ganhar, ganhava na própria casa, sem o mínimo de higiene possível, sem nada, inclusive as vezes até crianças iam a óbito e as próprias mães também, que isso já aconteceu muito. De uns anos pra cá que o sistema público de saúde evoluiu bastante essa parte de pré-natal, as equipes de saúde estão sempre com a presença de médicos e enfermeiras pra acompanhar todo esse processo, isso **foi uma evolução muito grande**. (gestora da saúde, 49 anos, nascida em hospital/cesariana, médica no município há 20 anos)

O correntão sai derrubando toda a floresta, com muita diversidade de árvores, arbustos, fungos, insetos, répteis, ervas daninhas e tudo aquilo que não consegue correr rapidamente, para logo deixar uma terra nua que será preenchida com aquilo que mais lucro dá. Para que essas novas plantas sobrevivam na terra nua, precisa de muito veneno, fertilizante, água, e ainda assim com o tempo ela se desgasta.

---

48 Mais uma vez quero que fique explícito que estou usando *do índio* em itálico porque se refere a um estereótipo, uma imagem pré-formada e imaginada, criada pela narrativa de colonizadores e seus descendentes, e não a pessoas reais que são indígenas, nem a práticas de povos indígenas.

A narrativa da história única é um tipo de correntão. Ela está fundamentada no evolucionismo, pensamento branco, racista, colonial, de que existe um único lugar melhor pra se chegar. Nos relatos anteriores o *parto de índio* ficou pra trás, não cabe na civilização. No histórico do capítulo 4 vimos que as parteiras foram desaparecendo das novas legislações e normativas sobre assistência ao parto, como se não existissem mais. Retirar do tempo presente e colocar no tempo passado diversas formas diferentes de partejar, é passar o correntão. Cada vez que essa narrativa é repetida, as parteiras vão desaparecendo no ar.

[você consegue imaginar um mundo sem parteiras?] nossa, eu acho que é bem complicado, principalmente pra gente aqui das comunidades kalunga, das comunidades quilombolas que já vem com essa herança, passando de um pra outro. E pelo que eu percebo daqui uns dias vai ficar, vai chegar esse ponto. Eu mesma não tenho esse conhecimento, e pelo que vejo muitos aqui não tem, e as pessoas mais velhas, as parteiras vai falecendo. Acredito que mais na frente vai ficar desse jeito mesmo, sem parteira. (Moradora do Vão do Moleque, 34 anos, 4 filhas todas nascidas em hospital)

Através da pesquisa de campo ficou evidente que no município de Cavalcante as parteiras tradicionais não estão mais atuando, as mulheres buscam exclusivamente o serviço hospitalar de assistência ao parto, os partos que aconteceram em casa nos últimos 5 anos quase todos foram “sem querer”, porque não deu tempo de sair. Salvo algumas exceções de mulheres que decidiram parir em casa, as quais eu acompanhei duas entre 2020 e 2021. Em outros municípios e comunidades no território reconhecido como Brasil existem parteiras tradicionais atuantes e procuradas, assim como em outros países. Uma das perguntas centrais que me moveu aqui foi/é: porque aqui as parteiras pararam?

Encontrei em Sueli Carneiro e Vandana Shiva caminhos explicativos que me ajudaram a elaborar melhor, junto com todas as mulheres que responderam a essa pergunta. Sueli Carneiro em sua tese de doutorado de 2005 recupera de Boaventura de Sousa Santos o conceito de epistemicídio.

O genocídio que pontuou tantas vezes a expansão europeia foi também um epistemicídio: eliminaram-se povos estranhos porque tinham formas de conhecimento estranho e eliminaram-se formas de conhecimento estranho porque eram sustentadas por práticas sociais e povos estranhos. Mas o epistemicídio foi

muito mais vasto que o genocídio porque ocorreu sempre que se pretendeu subalternizar, subordinar, marginalizar, ou ilegalizar práticas e grupos sociais que podiam ameaçar a expansão capitalista ou, durante boa parte do nosso século, a expansão comunista (neste domínio tão moderno quanto a capitalista).(Santos, 1995, p.328 *apud* Carneiro, 2005 p. 96)

Importante lembrar aqui que “povos estranhos” é uma categoria criada pela caça às bruxas, colonização e empreendimento escravista dos povos negros de África, que estrutura o pensamento/práxis racista que orienta as relações na maioria dos mundos contemporâneos. Carneiro (2005) concorda com Boaventura que o epistemicídio é um dos instrumentos mais eficazes e duradouros da dominação étnica/racial. E amplia a definição do autor trazendo que o epistemicídio é, pra além da desqualificação e anulação do conhecimento dos povos subjugados, o sequestro e a mutilação da racionalidade da/o subjugado. “Não é possível desqualificar as formas de conhecimento dos povos dominados sem desqualificá-los também, individual e coletivamente, como sujeitos cognoscentes” (Carneiro, 2005, p. 97). O que encontra consonância na imagem da parteira que Mott (1999) após analisar diversos manuscritos médicos, seja em periódicos ou em veículos acadêmicos, conclui que se formou no Brasil: a parteira ignorante.

A imagem da parteira como mulher ignorante, analfabeta, sem moral, responsável pela morte de mães e recém-nascidos devido à falta de qualificação profissional, é encontrada não apenas na literatura médica brasileira do século XIX, como também na de vários países, tendo sido inclusive incorporada por historiadores e sociólogos do século XX. (Mott, 1999 p. 1)

Nesse sentido, as parteiras se configuram como um sujeito coletivo em si, mulheres que prestam assistência ao parto de outras mulheres sem ter uma formação institucional para isso. Mas também nos territórios de Abya Yala as parteiras necessariamente estão vinculadas aos sujeitos coletivos povo negro, povos quilombolas, povos indígenas. O conhecimento delas é um conhecimento ancestral arraigado na memória desses povos.

[o que a senhora acha de todos os filhos de Cavalcante nascerem fora?] mas é por causa deles, dos governantes, eles que puseram esse trauma, porque di primeira as mulher se sentia entusiasmada, aquela que fazia os partos e aí ia influenciando uma e outra. E agora com essa história desse processo e tudo quanto é coisa, e derrubava essas mulher demais da quantidade. Falava que elas não tinha higiene,

que elas não cortava as unhas, botou defeito nelas demais, você não tem nem ideia. Falava que as parteiras lá não cortava as unhas, minha mãe nunca foi mulher de criar unha, e nem mulher nenhuma ia fazer uma coisa dessa com a mão de qualquer forma. Porque ficava mexendo naquelas coisa quente todinha, quando acabava os partos eles mornava era água pras mulher lavar a mão com sabão. Não tinha álcool naquela época, só tinha aquele cachaça racha peito ou pinga, um trem que eles usava muito como se fosse álcool era o ristilo, é uma pinga que sai do alambique, ela é tão forte que joga ela pra cima ela não cai no chão ela some no ar. (filha de parteira, 60 anos)

Sueli Carneiro (2005) quando fala da desqualificação de saberes e sujeitos como parte do epistemicídio, pontua que a “desmoralização cultural do Outro realiza a um só tempo a superlativização do Mesmo e a negação do Outro” (p.108). Os escritos médicos que desqualificam as parteiras estão em um só gesto autoafirmando a própria e única legitimidade de acompanhar partos, a superlativização do Mesmo através da negação do Outro.. Ela lembra que a educação formal no Brasil tem um papel estratégico na reprodução da concepção de uma sociedade ditada pelas elites econômicas, intelectuais e políticas do país.

Nesta concepção, raça e cultura são categorias estruturais que determinam hierarquias que só podem ser plenamente legitimadas, se puderem – por meio da repetição sistemática e internalização de certos paradigmas (dos quais as teorias racistas são decorrentes) -, instituir e naturalizar em uns, uma consciência de superioridade, e em outros, uma consciência de inferioridade. (Carneiro, 2005, p. 106)

A entrevistada acima nomeia os governantes como disseminadores desta desmoralização das parteiras, ela afirmou ter ouvido essas coisas tanto na escola quando por profissionais e gestores da saúde. Certamente esse currículo oculto foi transmitido para as gerações que hoje não desejam ser parteiras. Quem quer se identificar com uma figura tão desmoralizada?

Também é importante considerar que a caça às bruxas, fundante da modernidade, marcou a memória coletiva das mulheres, permanece viva como uma ferida, e vez ou outra é revivida na pele em linchamentos ou xingamentos a mulheres ainda acusadas de bruxaria. (Anne Barstow, 1995; Bárbara

Ehrenreich e Deirdre English, 1973; Pabla Pérez, Inés Cheuquelaf, e Carla Cerpa, 2011 *apud* Floriano, 2016). Quando escuto sobre essa imagem da parteira com unha grande e sem higiene imediatamente vem a mim a memória da forma como as bruxas são retratadas nos filmes, desenhos animados, histórias para criança.

É justamente através da anulação do outro enquanto Ser que o Ser se legitima e se constitui (Carneiro, 2005). Nesse sentido, a ciência como um todo se autoproclama como único saber válido a partir da anulação de outros saberes; o sujeito masculino branco se autoatribui único sujeito de conhecimento pela anulação de outras sujeitas de conhecimento; o médico se constitui como único agente autorizado a acompanhar partos através da anulação das parteiras. O racismo epistêmico é inerente ao saber científico que se autodeclara como única verdade sobre o mundo. Conforme apontado pela pesquisadora kalunga Cristiane Costa:

Os preconceitos decorrentes do conhecimento científico estão fazendo com que esta tradição [das parteiras] tão bela, que envolve profissão, amor e fé, seja esquecida nas comunidades quilombolas. (Costa, 2015, p. 11)

Acabar com as alternativas é o procedimento padrão da monocultura instaurada nas mentes (Shiva, 2003). Quando a terra nua já não apresenta diferentes trilhos pois é tudo igual, é que a floresta já morreu. Quando já não é possível ver alternativas, a dominação está concluída.

Uá, hoje não precisa mais de parteira não né? Que os povo já vai pro hospital mesmo. (Moradora do Vão do Moleque, 61 anos, 6 filhas, 3 em casa e 3 no hospital, neta de parteira)

significou um empobrecimento irreversível do horizonte e das possibilidades de conhecimento (...) procedeu à liquidação sistemática das alternativas, quando elas, tanto no plano epistemológico, como no plano prático, não se compatibilizaram com as práticas hegemônicas. (Santos, 1995, p. 329 *apud* Carneiro, 2005 p.101)

[você sente falta de ter parteira aqui?] naquele tempo eu sentia, mas hoje não adianta sentir falta que hoje não pode. Vai eu, em comparação, tem uma mulher com dor ali, vai eu pegar u mininu lá? Pra vê? Se acontecer alguma coisinha, culpa eu. Então hoje eu não sinto falta não, porque não pode. Agora se fosse

antigamente, no tempo que eu fui nascida, aí sim. (moradora do Vão do Órfão, 53 anos, 12 filhas, 9 na roça e 3 no hospital)

Shiva (2003) apresenta 4 aspectos da dominação dos saberes dominantes sobre os locais, aspectos que considero parte do epistemicídio: invisibilização, apropriação, perseguição e destruição das condições de existência.

Invisibilização: negar o status de verdade ou de ciência ou de medicina ao saber de povos não branco-ocidentais. O que as parteiras fazem é visto como um monte de superstição. Em algumas entrevistas essa palavra apareceu, mas interessante que não parecia ter uma carga negativa, era algo que *o povo antigo fazia*. Buscando a tipologia da palavra superstição encontro um página onde a autora escreve: “Seja como for, indica uma atitude primitiva que não traz nada de bom para quem a tem” (Origem da Palavra, 2022). Mais uma vez a ideia de primitivo.

Me chamou atenção como várias parteiras insistem em dizer que não sabem de nada. Algumas falam “eu só pego”. Por um lado, vejo nessas falas a reverência à espiritualidade, a humildade frente a um fenômeno complexo como o parto, então elas falam que é Nossa Senhora do Parto quem faz o parto e elas não sabem nada. Por outro lado, acredito que seja uma autodefesa que se relaciona com essa invisibilidade, elas se autodeclaram não conhecedoras, quase como uma prisioneira que nega qualquer coisa para não ser torturada, ou ainda como uma “tática de evitação à realização da profecia auto-realizadora que termina por confirmá-la” (Hooks, 2005 *apud* Carneiro, 2005, p.118).

Carneiro, quando fala das aporias do intelectual negro como parte do epistemicídio, cita Bell Hooks: “É o conceito ocidental sexista/racista de quem é ou que é um intelectual que elimina a possibilidade de nos lembrarmos de negras como representativas de uma vocação intelectual.” (Hooks, 1995, p. 468). A assistência ao parto se encaixa na ideia de vocação intelectual na medida em que o que se construiu ao longo dos últimos século foi o significado de que só a formação médica, o conhecimento em anatomia, etc. que se auto-autoriza conhecedora.

O desprezo pela vida intelectual reflete a internalização da ideia de fora-de-lugar (...) para aplacar o sentimento de inadequação, de não-pertencimento a um espaço ao qual o nosso [das pessoas negras] acesso é viabilizado quase exclusivamente para sermos objeto de pesquisa daqueles que seriam dotados pela natureza, da capacidade de conhecer e sobretudo explicar (Carneiro, 2005, p.118)

Essa leitura de Carneiro me traz uma possível compreensão do fato das parteiras seguirem se reunindo quando convocadas pra reuniões de pesquisa sobre parto tradicional, gostarem de se encontrar e contar histórias desses partejares, mas não seguirem na condição de parteiras. De alguma forma elas hoje estão mais no lugar de “objetos de pesquisa” do que de sujeitas que podem explicar e sobretudo atuar com segurança. Infelizmente essa tese pode estar reforçando esse lugar. E me dá mais vontade de sentar e conversar com elas sobre isso e saber o que elas refletem com Carneiro. Seguramente mais tempo de pesquisa seria necessária para uma pesquisa que se proponha mais comunitária.

*Antes não tinha nada...*

a gente sofria muito porque nessa época não tinha socorro nenhum, então era aqui mesmo, era o que deus quisesse. Foi até a dona Ramira que fez o parto dela.  
(moradora de São Domingos, 56 anos)

Essa repetida afirmação de que antes não tinha socorro, antes não tinha nada, para mim é uma narrativa de apagamento das parteiras enquanto pessoas capacitadas para aquele trabalho. A mesma pessoa que falou isso, mais adiante na entrevista quando eu perguntei se dona Ramira colocava o ouvido para escutar o coração, disse que ela só colocava a mão, e complementou: “que elas [as parteiras] tem aquela sabedoria, só de colocar a mão já resolve muita coisa né?”. Por um lado está o reconhecimento do saber das parteiras antigas, mas por outro se constrói essa narrativa de que “antes não havia socorro”. Como se a presença daquilo que é associado a civilização (estrada, carro, hospital) fosse algo, e o que tinha antes era “nada”. É a narrativa colonizadora operando ainda quando há o reconhecimento do valor do saber tradicional.

aaa mia fia tu não tem nem ideia como era esses parto de primeiro. Era uma vida sustentada na mão de deus, não tinha proteção nenhuma, era somente a mão de deus **e mais nada, e a experiência, porque ninguém tinha nada naquela época.** Não é porque não produzia não, produzir produzia, mas não tinha onde comprar nada, não tinha como remediar com nada, o serviço era mesmo se virar com o que tinha e pronto. (moradora de Cavalcante, 8 filhas, 5 nascidas em São Domingos e 3 em hospital)

**nesse tempo não tinha nada**, nesse tempo só sabia se tava grávida se a menstruação não viesse um mês, no outro. (moradora do São José, 69 anos, 8 filhas nascidas com parteira)

**naquele tempo não tinha médico, ninguém conhecia, sabia nada**, a mulher ganhava neném não ia pra médico nenhum era só o entendimento mesmo das mulheres, deus dava aquele entendimento pra elas, elas faziam o parto. Naquele tempo minha mãe mesmo morreu de parto. Não teve como sair, ganhou o neném e morreu. Ela ganhou o neném e não despachou. O neném com 7 dias morreu. [ela tinha 5 anos] (moradora do Vão do Órfão, 8 filhas, 6 em casa e 2 no hospital, 1 cesárea)

ela [a parteira] não tinha aquele negócio de parêlo, aquele negócio disso e aquilo, o aparelho é a solução que deus deu pra ela. E a confiança que todo mundo tinha aqui era com ela. (moradora do São José, 69 anos, 8 filhas nascidas com parteira)

Antes não tinha nada porque só é visível aquilo atribuído ao mundo *civilizado*. Porque antes tinha toda uma riqueza de muita coisa que é lembrada nas falas de muitas, mas o imaginário do nada se sobrepõe. É o imaginário colonial que se recria, a mesma narrativa que na chegada dos portugueses não havia nada no Brasil e que reforça a ideia de descobrimento.

a gente tinha muita dificuldade, muitas mulheres morriam, a gente não tinha condição de sair, então a vida aqui era muito difícil. Agora hoje tá fácil, tem meio comunicativo, tem internet, tem tudo. (moradora do São José, 50 anos, 2 filhas nascidas de cesariana)

Além da ideia de que “antes não tinha nada” algo muito presente nos relatos das mais velhas é como “antes tudo era muito difícil”. Se referem muitas vezes a socar o arroz no pilão, pegar água no rio (a distância da água da casa), pegar lenha. Em muitas comunidades essa é a realidade vivida atualmente, muitas casas não têm água encanada, a comida é feita na lenha. Mas o arroz... ainda se come arroz socado no pilão, mas é quase uma iguaria para momentos especiais, a maior parte do arroz que se come já chega pronto empacotado. Em algumas comunidades já tem água encanada, o transporte ainda é muito

precário, mas com certeza é muito mais rápido e cômodo com a possibilidade de automóveis. A parição com parteira é associada a esse tempo onde a vida era mais trabalhosa.

Apropriação é a estratégia de se utilizar dos saberes locais sem reconhecê-los, e muito menos repartir os benefícios. A obstetrícia tanto se baseou em conhecimentos tradicionais em sua origem, como seguiu se aprimorando com base neles. O próprio movimento pela humanização do parto e nascimento teve como principais ícones obstetras que sistematizaram conhecimentos tradicionais, sem repartição de benefícios. Hoje uma importante parcela da categoria profissional enfermeiras e enfermeiros obstetras advoga pelo Parto Domiciliar Planejado e defende ferrenhamente o acompanhamento por profissional formado. Uma típica conduta de disputa por campo profissional, que infelizmente se baseia na diferenciação de seu trabalho com o das parteiras, invalidando as práticas das mesmas. E é um movimento simultâneo de buscar aprender os conhecimentos tradicionais para usá-los em sua atuação profissional adicionando valor de mercado, ao mesmo tempo advogando exclusivamente para si o exercício da assistência, criminalizando a atuação das parteiras tradicionais.

É importante ressaltar aqui que nenhuma das pessoas entrevistadas nessa pesquisa \_ mulheres, parteiras, profissionais ou gestoras da saúde\_ falou que as parteiras não deveriam atuar. Alguns sim falaram que o parto deveria ser somente em contexto hospitalar, ou próximo a isso, como clínica de parto natural, que poderia haver parteiras aí. Mas ninguém afirmou que as parteiras não poderiam ou não deveriam acompanhar partos. Uma característica bem particular de Cavalcante é que essa proibição é velada, não é direta, todas sabem e afirmam que as parteiras correm risco de serem processadas, mas não há no discurso uma fala direta. Eu sinto como se houvesse uma proibição que paira no ar.

Essa forma indireta de proibição me lembra a maneira que o racismo aparece no contexto brasileiro. As falas públicas diretas de ódio racial supostamente não são toleradas e a segregação racial não está presente na lei, embora esteja na prática. A maior parte da população no Brasil reconhece que existe racismo, mas ninguém se considera racista. O mito da democracia racial se sustenta nessa falsa “boa convivência”. De forma similar, ninguém fala “mal” das parteiras, que elas não deveriam atuar, mas na prática todas as condições para que elas pudessem fazê-lo foram sendo destruídas.

Eu perguntei para algumas mulheres e parteiras se já tinham ouvido explicitamente de alguém do Estado, especialmente da saúde, alguma recomendação ou ordem de não ter parto com parteira em casa e quase todas falaram que nunca tinham ouvido. Simplesmente a notícia de que era perigoso as parteiras pegar mininu porque podia ser presa começou a circular e se reafirmar no seio da comunidade. Apenas

duas mulheres mencionaram que houve, sim, ameaças diretas. Quando eu cheguei na cidade ouvi um boato de que a promotora havia ameaçado elas, mas elas mesmas não confirmaram isso, nem as mulheres que entrevistei o mencionaram. Infelizmente eu não consegui entrevistar a promotora.

Mas é importante ressaltar que existe obviamente também uma seleção do que as mulheres falaram comigo e do que não falaram. A desconfiança sobre mim, mulher branca letrada de fora. Por exemplo, uma parteira me contou uma história de uma vez que ela foi acompanhar uma menina que estava em trabalho de parto para o hospital de Cavalcante, ela chegou lá com dor mas o pessoal do hospital avaliou que ainda ia demorar pra nascer, deixaram elas no quarto e foram pra outra área do hospital. A parteira, percebendo que era sim o momento, mudou a posição da mulher que estava deitada, e a criança nasceu, quando a criança chorou veio o médico correndo e já queria cortar o cordão, a parteira falou pra ele não cortar, e mais uma vez segurou a mulher numa posição que a placenta nasceu em seguida, e aí ela falou agora pode cortar. Disse que o médico perguntou se ela era parteira e ela negou. Ela foi contar esse caso em um evento que teve na comunidade onde tinha gente de universidades e conversas sobre conhecimentos tradicionais, e depois da roda uma moça da comunidade chamou ela e disse: “porque você foi contar essa história?! Se forem botar no coisa vão falar que você tava dedando o médico”. Ela mesma me contou essa história e pediu pra eu não colocar esse relato, aí eu conversei com ela que achava importante contar e que eu escreveria sem nomear quem tinha dito, e ela concordou. Mas eu sou dessas pessoas da universidade que ninguém sabe se pode confiar... talvez algumas confiem um pouco mais porque me conhecem já há alguns anos. Mas ainda sim, muito do que falam é o que é pra gente branca ouvir mesmo.

De certa forma o fato de ela ser julgada por ter exposto algo que poderia colocar o conhecimento do médico a prova, com relação ao próprio conhecimento dela, diz muito sobre o epistemicídio. Como se ela tivesse atada ao pacto do esteriótipo de que a parteira é a ignorante e o médico o conhecedor.

[você consegue imaginar um mundo sem parteira?] Difícil, e muito, porque mesmo que não pega mais mininu, porque hoje a coisa ta muito fina, **ninguém tá mais podendo fazer parto no mato**, só se for uma coisa de última hora. Mas a gente sente falta porque tem umas dicas de uns remédios, tudo elas faz falta. (Moradora da Prata, 61 anos, neta e filha de parteira, 8 filhas, 7 em casa e 1 cesariana)

Me chama atenção essa fala porque ela diz que “não tá podendo fazer parto no mato”, essa ideia de poder ou não poder para mim está intimamente relacionada a uma espécie de permissão. Não é que não se está mais fazendo parto no mato, é que não tá podendo, se não pode é porque alguém proibiu e colocou consequências negativas para caso isso aconteça, ou até mesmo punição.

[se hoje precisar acompanhar um parto você se sente segura pra acompanhar?]  
Entender eu entendo, mas hoje não é... porque eu já tô nervosa, com esse negócio de fazer parto, dá nervoso na gente. [E dá nervoso porque?] Porque as coisa tudo tá com avariação, **a gente fica com medo de ficar com a culpa**, de alguma coisa der errado. E naquele tempo não tinha isso, que a gente fazia porque como diz, era a lei que tinha que fazer era essa porque não tinha pra onde ir, a gente que tinha que fazer, e a gente pegava com deus, com fé, e graças a deus na mão da minha mãe não morreu uma mulher de parto. (Filha e neta de parteira, moradora do Prata, 61 anos, 8 filhos, 7 em casa e 1 cesariana)

O relato acima é de uma filha de parteira que acompanhou como ajudante de sua mãe diversos partos, e chegou a pegar um neto sozinha. Pra mim ela resume o que eu percebo como uma das chaves principais do epistemicídio da parteria tradicional: a lei. Ainda que não seja a lei escrita, mas justamente a história que foi contada ao longo do primeiro capítulo, de como se vai penalizando os conhecimentos tradicionais, especialmente a parteria, tornando essa prática **ilegítima**. Sobretudo as médicas e médicos, mas também as enfermeiras obstetras tem a presunção da inocência, enquanto as parteiras tradicionais carregam a presunção da culpa e o rótulo de ignorantes, talvez até mesmo de charlatonas, palavra mais comum para se referir a outras práticas de cura tradicional. A ignorância é a marca do não conhecimento do saber científico, e do não reconhecimento do saber tradicional.

A perseguição é a estratégia de criminalizar as mestras e mestres dos saberes locais, “o rótulo ‘científico’ atribui uma espécie de imunidade social ao sistema ocidental” (Shiva, 2003, p.24) ao mesmo tempo que deslocou todos os outros para o status de duvidoso, criminoso.

[porque as parteiras não tão mais acompanhando parto?] porque tem medo, porque qualquer coisa que acontecer culpada é as parteira, ela tem medo, tá certo. Porque se morrer lá no médico ninguém fala né? Mas se morrer na mão de uma parteira, perigoso até ir pra cadeia. Então o certo é aconselhar pra ir pro hospital.

(moradora da Capela, 55 anos, 4 filhas, 3 nascidas em hospital, 1 nascida em casa “sem querer”)

[Porque você acha que elas pararam?] Medo. Justamente quando tudo foi ficando proibido. Uma vez mesmo teve um curso de parteira, foi até na fazenda Veredas, eu que fiquei junto com elas, aí tava parteira de Teresina, daqui de Cavalcante. Todas elas falaram, elas tinham muito medo porque tudo era proibido, tudo não podia, então elas já tinham medo de fazer em casa e ter algum problema. Elas já não agiam com aquilo mais naturalmente. (Assistente Social e Técnica em Enfermagem, 53 anos, branca, trabalha a 31 anos na saúde do município)

[porque você acha que as parteiras não tão mais acompanhando parto?] Porque os médico não deixa. Porque quando a mulher vai ganhar o neném aqui e parteira pega, eles faz é processar. Não pode, tem que ganhar na cidade. (moradora da Cabeceira do Vão, 49 anos, 3 filhas, 2 em casa e 1 no hospital de Cavalcante)

Destaco na fala dela o nível do poder médico, eles que não deixa.

em uma das gestações eu tava até animada de ficar aqui pra ganhar aqui mesmo, aí tem uma mulher ali que já pegou muitas crianças, aí ela[falou]: “não, é melhor sair porque hoje as coisas mudou muito, não é mais como era antigamente. É muito perigoso para as parteiras hoje em dia, corre o risco da mãe ou da criança, deus livre, acontece alguma coisa, aí o pessoal do hospital já acaba querendo levar aquele caso pra frente e acaba dando problema. É melhor você ir embora”. Mas aqui na comunidade de vez em quando pega, mas o que as parteira orienta é que sai. (Moradora do Vão do Moleque, 34 anos, 4 filhas todes nascidas em hospital)

[A senhora aconselhou suas filhas a parir em casa ou no hospital?] Não tinha como aconselhar porque já não era mais aceito o parto em casa. [não era aceito porque?] Não era aceito porque, hoje tá começando a ficar um pouco relaxado, mas as mulher parteira mesmo não queria mais fazer os partos porque elas foram ameaçadas de prisão, de processo. [por quem?] Pela saúde. Que se elas fizesse os

partos em casa aí tinha o processo, por isso que elas foi largando. E já tava de idade também, já tinha feito o que podia, deixou. Ficou mais fácil pro povo trazer também na região, porque carro pra todo lugar tem, quase todos tem um carro nas suas comunidades, e achou por bem todo mundo vir pra ganhar na cidade. Mas ainda volta meia acontece um parto em casa, porque não tem jeito. Se a mulher tem o parto bom dá a dor e u mininu nasce rápido, tem vezes que nasce saindo de casa, tem vezes que nasce chegando aqui. (moradora de Cavalcante, 8 filhas, 5 nascidos na roça com parteira)

[porque as parteiras deixaram?] porque as mais velhas morreram e as mais novas não sabem nada. E foi ficando tudo difícil, aí o povo foi ficando com medo. Porque já tem o hospital, as mulheres foi começando a fazer pré-natal, aí pra não ir pra hospital a gente tem até medo, da mulher ter mininu aqui **dá um problema e culpar as mulher**. Então tem que ir pro hospital mesmo. (Moradora do Vão do Moleque, 61 anos, 6 filhas, 3 em casa e 3 no hospital, neta de parteira)

[Você sente falta das parteiras? Do trabalho que elas faziam?] Sente, sinto sim, só que hoje tá esse problema, você sente saudade e não pode fazer nada porque não é aceito, é um problema que elas tá sendo ameaçada ou obedece, ou deixa de fazer esse trabalho ou vai cair no processo. (moradora de Cavalcante, 8 filhas, 5 nascidos na roça com parteira)

[porque as parteiras já não tão fazendo parto?] por causa desse resgatamento que eles disse que não era pra mulher parir em casa, e não era pra parteira pegar lá, porque senão ia correr grande risco, de ser presa. Teve uma vez que minha tia mesmo, ela falou que não ia pegar mais porque falaram que se ela fosse pegar, ia ser presa, porque tinha que ter no hospital, aí também ela deixou. (Moradora do Vão de Almas, 46 anos, 7 filhas, 4 nascidos em casa com parteira e 3 no hospital de Cavalcante, neta de parteira)

É importante ressaltar que não existe nenhuma legislação que proíba ou estabeleça pena para uma parteira tradicional que acompanhe partos. Tampouco existe na legislação atual proibição de parto

domiciliar ou de parto autoassistido. As parteiras tradicionais estão respaldadas por todas as legislações de garantia e proteção aos povos e comunidades tradicionais, como por exemplo: Constituição Brasileira, especialmente Artigo nº 215 (Brasil, 1988); Lei n. 13.123, de 20 de maio de 2015 (Brasil, 2015) e Convenção 169 da OIT(Organização Internacional do Trabalho, 1991). O artigo 282 do código penal proíbe: “exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites” (Brasil, 1940). A prática da parteria é particular e não se confunde com a prática médica, as múltiplas formas de partejar existentes no países são expressões da diversidade cultural no cuidado com a saúde, e portanto, protegidas por lei.

Percebe-se que ainda que a lei em si não estabeleça punição para as parteiras, a lei não escrita, sob forma de ameaças, foi suficiente para tornar a parteria como prática ilegítima no município.

#### *Destruição das condições para sua existência*

você aprendeu os remédios que ela usava?

Pouco. tem remédio que eu não aprendi não. (moradora do Vão do Órfão, 53 anos, 12 filhos, 9 na roça e 3 no hospital)

Uma das coisas que ficou evidente na pesquisa é que as mais velhas sabiam uma maior variedade de plantas usadas na gestação, parto e pós parto. Se as mais velhas falavam aproximadamente 10 plantas, uma mulher de meia idade falava 5 e uma mais jovem no máximo 3. Salvo exceções de algumas poucas que buscam esse conhecimento. E as mais velhas já conheciam parte dessas plantas quando eram mais jovens, portanto não é apenas uma questão de idade. Muitas reconheceram que sabem muito menos que as gerações passadas.

Outra coisa que percebi, sobretudo nas comunidades com mais infraestrutura (água encanada, energia etc.) é que as plantas que foram ficando na memória são em sua maioria plantas domesticadas, de quintal, como o algodão, mastruz e mentrasto. As primeiras plantas a “desaparecerem” da memória são as nativas do Cerrado, com exceção da quina que é mencionada por quase todas, se não todas as mulheres. Além da questão da transmissão do conhecimento, esse dado me fez refletir que nessas comunidades com maior infraestrutura, as pessoas andam menos pelo Cerrado, interagem menos com a

vegetação nativa, e acabam usando mais as plantas que estão em casa, que também tem agora maior facilidade de plantar devido a questão da água.

Embora o recorte deste epistemicídio seja os conhecimentos sobre o parto, é importante notar que outras monoculturas vão operando conjuntamente. Durante as entrevistas, quando eu perguntava sobre educação menstrual muitas mulheres mencionaram diversos tipo de carne que não podia comer durante a menstruação, quase todas já não fazem mais parte da alimentação cotidiana na comunidade. A substituição de uma variedade de carnes por uma ou 3 únicas (vaca, porco e galinha) é mais um aspecto da monocultura que vai afetando todo o entorno, porque também se abre mais pastos, tirando o Cerrado onde poderiam viver os animais silvestres. Uma das professoras do Vão do Moleque também menciona brincadeiras de adivinhação, contação de histórias, versos que não fazem mais parte da convivência das pessoas, foi sendo “substituída” pela televisão e celular. E menciona danças que nem existem mais, estão apenas na memória das mais velhas. Na época dos partos comunitários, as mulheres faziam o óleo de mamona. Geralmente tinham pés de mamona no quintal, com a perda dessa prática, também se perdeu o costume de plantar mamona.

A destruição das condições para sua existência, é outra estratégia de dominação dos saberes locais apresentado por Shiva, e que eu trago aqui como estratégia de epistemicídio. A destruição das matas é a principal forma de acabar com as condições de existência dos conhecimentos tradicionais. Mas não é a única. Destruir as formas de transmissão do conhecimento é outra delas.

[Você imagina um mundo sem parteiras?] Eu acho que é um mundo que vai ficar um dia, mas não é fácil né? Mesmo que elas não pega, na hora ali que não tem outro jeito elas pega. Então vai ser muito difícil não ter, mas o que a gente vê que é o que vai acontecer porque aqui tem muita pouca parteira que sabe mesmo e os outros não tá aprendendo né? (Moradora do Vão do Moleque, 43 anos, 1 filho nascido em hospital, filha de parteira)

Atualmente, por mais que faça parte de nossa cultura, as parteiras sentem um certo medo de falar sobre o seu trabalho. (Santos, Suziana de Aquino, 2015 p. 25)

(...)a ideologia do branqueamento (...) reproduz e perpetua a crença de que as classificações e valores da cultura ocidental branca são os únicos verdadeiros e universais. Uma vez estabelecido, o mito da superioridade branca prova a sua

eficácia e os efeitos da violenta desintegração e fragmentação da identidade étnica produzida por ele; o desejo de se tornar branco (“limpar o sangue” como se diz no Brasil), é internalizado com a conseqüente negação da própria raça, da própria cultura. (Gonzalez, 1988, p. 15)

Na leitura de Niecia Pereira Santos, pesquisadora kalunga, no Vão de Almas o uso de plantas medicinais diminuiu:

Era muito era comum, no Vão de Almas, o uso de remédios e chás caseiros. Entretanto, atualmente, a comunidade já apresenta rupturas com esses saberes e fazeres. Hoje, a maioria do povo da comunidade Kalunga Vão de Almas não utiliza as plantas medicinais, nem as raízes, nem as folhas, como remédio ou chá caseiro, prefere comprar na farmácia da cidade. (Santos, 2015 p. 13.)

Quando a comunidade Kalunga passou a possuir alguns recursos, as pessoas passaram a se inserir em outros contextos e começaram a procurar informações, a lutar por seus direitos e a buscar socorro fora da comunidade. Isso fez com que as pessoas não valorizassem os saberes, os conhecimentos e a tradição das Parteiras, deixando de reconhecer essas práticas como parte de nossa cultura tradicional. (Santos, 2015 p. 15)

Observei em campo como diversos saberes literalmente morreram com as parteiras, saberes de plantas, benzimentos, manobras. O mito da superioridade branca de que fala Gonzalez (1988) que causa a desintegração da identidade étnica racial e negação da própria cultura acredito que dialoga com a percepção das pesquisadoras kalungas citadas a respeito da não continuidade das práticas tradicionais de saúde. E pode ser visto na recorrente fala sobre as e os jovens, como veremos a seguir.

*Esse povo novo...*

[suas filhas cumpriram o resguardo?] quando tava aqui cuidou, agora depois que saiu daqui eu não sei. Esses povo novo... esse povo novo é terrível. (moradora do Vão do Órfão, 53 anos, 12 filhas, 9 na roça e 3 no hospital)

eu tava lá, fiquei na casa dela, tava fazendo os remédios dela, aí ela arruinou que o pé da barriga dela já tava roxeando e teve que sair com ela as pressas pra

Planaltina. E ela ficava lá e ruim ruim, aí transferiram ela pra Sobradinho, quando chegou lá eles deixaram desse tanto de liga dentro dela. E o marido dela me culpando que eu tava dando esses remédio piniqento pra ela, que as mulher lá falava que era eu que tava dando remédio. Eu falei: "como é que eu vou dar remédio pra matar minha filha? Sendo que é os remédio que eu tomava, os que eu sabia era esses remédio." Aí deixou um tanto de liga dentro dela, teve que abrir ela novamente, quando tirou que ela recuperou. Depois disso ela tornou a ter uma filha. [foi cesárea] (moradora do Vão do Órfão, 66 anos, criada por parteira)

O relato anterior traz um pouco sobre esse conflito geracional, o mais jovem questionando o uso das plantas medicinais da mais velha. No caso dela, além de ser os remédios que ela tomou, ela acompanhou muitas mulheres junto com sua madrasta que era parteira e continuou depois que ela faleceu, são os remédios aprendidos dela, ou seja, um uso ancestral. A invalidação dos conhecimentos tradicionais: o que estava prejudicando a mulher foi um erro médico, mas diante do uso de dois saberes sempre o primeiro a ser invalidado, o que está sob suspeita é o tradicional.

hoje até os remédio que a gente sabe tem delas [as mais jovens] que a gente ensina, elas não usa, porque duvida da gente. [elas acredita mais nos remédio de farmácia?] acredita mais na farmácia que no remédio caseiro, e o remédio caseiro é mais melhor né? Demora mais, um dois dias, mas sara normal. (...)

Tem uma mulher aqui que desde a gravidez dela eu falo "minha fia, mulher grávida não pode pegar friagem, você pega friagem e o neném já nasce complicado". Porque ele tá dentro da gente mas ele pega friagem. Quando a gente tá grávida que pega friagem eles fica soluçando. Ou eles fica durinho dentro da barriga. (...) Quando a gente fala, duvida da gente: "a que isso aí é **conto dos antigo**" e não sabe eles que não, que a mulher pega friagem na gravidez, o bichinho já nasce doente. (moradora do Vão do Órfão, 66 anos, criada por parteira, 8 filhas, 2 em hospital e 6 em casa)

[quais são as comidas que vocês chamam de remosa?] Tem coisa de mais, abóbora, mamão, guariroba, melancia, repolho, esses trem que o povo come pra

lá, nós aqui tem medo, come não. Agora hoje as mulher tá mais simples, tá comendo muita coisa, que **eu vejo um bucado dessas mulher nova tem trem que elas come que eu não tenho coragem não**. De primeira as mulher de meia idade, mais velha não comia essas coisas não [de resguardo e menstruada] tinha muito medo. Por isso que as véia é mais sádia, **um bucado de mulherzinha nova aí, é pela boca, elas come muita coisa, não acredita**. (moradora do Vão de Almas, 45 anos, nascida em mãos de parteira, 8 filhas, alguns nascides com parteira, outres em hospital)

[você ensinou pra suas filhas os cuidados?] ensinei, mas essas mulher que ganha mininu pra lá sempre não faz esses cuidado de cá. Aí elas não seguiram. (Moradora do Vão de Almas, 56 anos, 10 partos, a maioria em casa, alguns no hospital)

Se por um lado percebo essa internalização de que o conhecimento tradicional da parteria não é válido, por outro, e talvez por causa também dessa internalização, vejo nos relatos a transformação no aprendizado em si.

[porque não teve continuidade quando as parteira mais velha foi morrendo?] eu acho que é porque essas novas, elas não percebeu quando as mais velha pegava criança. Elas ficava mais divertindo com outras coisa, e não prestava atenção nas mais velha pegando as criança, acho que por isso que foi acabando essa relação de pegadeira, essas parteira mais velha. (Moradora do Vão de Almas, 39 anos, 3 filhas, 1 em casa com parteira e dois no hospital)

[quando sua filha tiver filho você vai saber os remédios pra dá pra ela?] Alguns sim, outros eu pergunto pra mãe. [a mãe responde ao lado: “se eu tiver aqui”] (Moradora do Vão do Moleque, 24 anos, 2 filhas nascidas em hospital, uma cesariana e outra normal)

Nessa conversa transcrita acima percebo uma questão geracional forte, a filha espera que a mãe esteja sempre ali para dizer quais plantas usar e a própria mãe lembra que ela não vai estar sempre ali. Ouvi também das parteiras, uma das falas de dona Cinésia transcrita em sua apresentação, ela fala

justamente isso, que as mais jovens confia que ela tá ali, mas ela vai faltar um dia, e aí? A maioria das mulheres que eu entrevistei tiveram experiências de parto com parteira, então existem pelo menos 3 gerações vivas que tem alguns desses conhecimentos. Mas como será as gerações de agora? Que estão experienciando o parto hospitalar e os remédios, banhos em casa, mas que pela fala de muitas não estão muito atentas a este aprendizado?

Uma das condições para a transmissão de conhecimento em parteria é a prática. É estar junto com parteiras, é vê-las em atuação, porque é muito diferente ouvir as histórias, que também ensinam muito, e atuar junto, praticar com a parteira ao lado. Se as parteiras de agora não estão acompanhando existe um hiato, um vazio dessa forma de transmissão.

eu sinto falta das parteira demais, muito! Mas hoje as parteira acabou. Aqui ainda de vez em quando uma ganha neném assim de susto, depois de dar a dor e não poder sair, aí faz o parto, mas as parteira normal acabou. Igual Altina, Altina ta aí não dá mais pra fazer parto, tem a Zefa também não dá mais, já ta tudo fraquinha. Maria, Amança, Jacinta morreu. Ninguém aprendeu, porque os mais novo foi chegando tudo no hospital. (moradora do Vão de Almas, 59 anos, 8 filhas com parteira, pegou 3 minines)

[porque você decidiu ir pro hospital?] Porque as mulher daqui não quer mais pegar mininu, depois que descobriu cidade, elas não quer. Quando a gente tá com barrigão elas já fica: “é, você não vai não?! fica aí![tom irônico] eu não vou pegar mininu não, tá muito arriscado, as coisa tá difícil.” Aí elas não deixa, só quem tem de ultima hora, que não consegue carro, que tem rapidão, mas mesmo assim, dá a dor eles já quer que vai. Os mais novo não aprendeu, as mais velha não dá conta mais, aí agora tem que ser na cidade mesmo. Porque antes ia aprendendo né? As mais velha ia ficando mais velha ia ensinando os mais novo, e não tinha outro jeito, era um passando pro outro, ensinando e aprendendo, agora como tem a cidade, os novato ninguém quer aprender, agora é lá mesmo, a não ser se ter de ultima hora e for rápido, aí elas pega, não deixa cair no chão[risos]. (Moradora do Vão do Moleque, 43 anos, 1 filho nascido em hospital, filha de parteira)

a parteira ainda consegue fazer diferença, não é todos ainda que adequou a essa realidade. [então você acha que o ideal é que não tivesse mais?] que não tivesse mais?! Não. Agora, que eu confiaria definitivamente em parteira hoje em dia?! Não. (moradora do São José, 43 anos, 5 filhos, 3 perdas e 2 nascidas em hospital)

Parte das razões pelas quais as parteiras não estão atuantes é porque muitas mulheres não confiam nelas, como expressei acima. A maioria das entrevistadas fala das parteiras com admiração, mas quando o assunto é elas acompanhar parto, vem o medo e a desconfiança.

Algo que me chamou bastante atenção em algumas entrevistas com parteiras foi o controle exercido de alguns filhos sobre elas. No sentido de saber exatamente o que seria dito na pesquisa, para onde ia, se ia ou não ser remunerado. Teve parteira que não deu entrevista dizendo que a família não deixava. Em algumas entrevistas os filhos falavam mais que a mãe. Seria antiético expor aqui quais as famílias, mas esse dado é importantíssimo para entender como uma geração específica (geração que hoje tem mais de 40 menos de 60 anos) tem muito marcado o medo da perseguição às parteiras, por um lado, e por outro uma desconfiança com relação ao acesso ao conhecimento sem a justa repartição de benefícios.

Pelas histórias que ouvi desde que cheguei em Cavalcante, essa postura diante dessa pesquisa sinala para mim esses dois movimentos de epistemicídio: a perseguição/ameaça de punição e o roubo. Em uma das situações, onde a família permitiu a entrevista, porém com “supervisão”, numa hora muito engraçada a entrevistadora do projeto para o IPHAN pergunta se aparecesse uma mulher parindo aqui agora você pegava? A parteira na hora respondeu: pegava, ao mesmo tempo, simultaneamente o filho responde: “não, ela não tá com cabeça pra isso não.” Em outra ocasião e comunidade a filha de uma parteira conta abertamente:

minha mãe fez muito parto. Só que minha mãe não sabe as rezas que minha vó sabia, sabe só pegar, cortar umbigo, os banhos. Mas depois nós todo mundo falamos pra ela que **nós não íamos mais aceitar ela fazer isso**, porque é muito perigoso. (moradora do Rio Preto, 56 anos, neta e filha de parteira, 4 filhos, 2 em casa e 2 no hospital)

Na roda de parteiras que realizamos em 2020, para o levantamento de patrimônio imaterial e apresentação junto ao IPHAN, algumas parteiras relataram que começaram a falar que se elas acompanhassem parto poderia ser presa. Um dos filhos de uma parteira explica que quando começou a

ter mais transporte e poder ir pra hospital, tinha aquele receio de se a parteira acudisse o parto e alguém não escapasse aquela família poderia dizer assim: “**ela não sabia nada** e queria mexer”. Uma parente, nessa mesma conversa, complementa essa ideia: “no hospital ela está lá em cima do conforto, tem que, se morreu, então é porque **não era sorte.**” A cesárea é mencionada nessa conversa como um recurso não possível na comunidade. Me chama atenção a verbalização de toda a história contada sobre parto no primeiro capítulo, a imagem da parteira ignorante em contrapartida com o local com as tecnologias onde quando não é possível salvar vida, é um caso de sorte. O saber médico na visão da comunidade, nesse caso, está isento de erros. A parteira tem a presunção da culpa, o médico tem a presunção da inocência.

### *As mais velha que era entendida*

Quando as mulheres vão contando sobre os partos, qual parteira acompanhou qual, muitas vezes elas diferenciam entre aquelas de parto fácil e as mais entendidas. Muitas das que são de parto fácil eram também ajudantas das entendidas. Fui percebendo ouvindo e sistematizando as entrevistas que muitas vezes, embora nem sempre, a definição das parteiras entendidas estava associada sobretudo com à experiência e à sabedoria do benzimento. Se pensamos os saberes associados ao parto e dividimos em 3: medicinas (plantas, óleos, gorduras, alimentos); manobras (posições, massagens, etc.) e benzimento, os dois últimos são os que já quase não estão presentes na memória comunitária.

os partos quem atendia era quem tivesse, depois que minha vó Antônia morreu, tinha mulher que pegava, mas não era parteira. [o que diferenciava as mulher que pegava das parteira?] uma parteira ela sabe benzimento, sabe muitas coisas. E a que pega é só mesmo pra pegar, como diz pra não deixar o menino cair da cama. (Moradora da Capela, 66 anos, 8 filhas, 6 nascidas em casa, 2 em hospital)

Uma moradora da Prata quando estávamos falando de uma parteira velha, ela comenta: "eu já peguei também, mas na última hora, porque não tinha outro, o jeito foi eu chegar, mas benzimento eu não sei não"(77 anos, 13 filhas nascidas com parteira). Entendi de sua fala que era como se o benzimento fosse o diferencial entre a parteira “de verdade” e aquela que só pega.

essas parteira elas era boa tão assim, que se tivesse u mininu atravessado elas tinha o benzimento, elas já mexia até destravessava, fazia u mininu encaixar certinho e nascia. Aí dava a vida à criança e à mãe. E quando não dava jeito pra

dar vida pra todos os dois, mas pelo menos à mãe dava, nem que o neném nascia morto, mas pelo menos salvava a vida da mãe. (moradora da Prata, 55 anos, 13 filhas, um tanto com parteira e um tanto no hospital)

Pensando em Fernanda Carneiro(2002) e Ângela Maria Gomes(2009) quando falam do desencantamento do mundo e os efeitos disso na saúde e nas práticas de cuidado, me pergunto sobre esse significado. Me parece bastante forte que o que marca a sabedoria seja justamente um saber que mexe com as forças invisíveis, e que, ao mesmo tempo, seja o que principalmente tá se perdendo, ou já se perdeu, se consideramos que pelas entrevistas pouquíssimas sabem os benzimentos de parto, e as que sabem dizem saber poucos em comparação às antigas. Embora ainda tenha benzedor velho vivo e disposto a ensinar.

É como se hoje tudo estivesse mais no material. As mulheres reclamam também que nas romarias hoje se reza muito pouco, as músicas que toca é mais no som e menos as tradicionais, seria a perda da conexão com mundo invisível? Algo comum no surgimento do capitalismo em cada canto do mundo.

[porque não tem parteira?] as mais antiga que tinha já morreu tudo, e as que tem agora elas fala que não é ativa, pra não ficar confiada, que elas tem coragem mas não sabe nada. (moradora do Vão do Moleque, 52 anos, 6 filhas, 1 filho na roça, 5 no hospital)

as parteira antiga quase tudo deus já tirou, e as novatas não entende das coisas pra enfrentar pra pegar. (Moradora do Vão de Almas, 56 anos, 10 partos, a maioria em casa)

eu só tive na cidade um menino, o caçula, os outros eu tive tudo aqui na roça. [e porque você teve ele na cidade?] porque agora o povo já ficava: 'tem que ir pra cidade, agora não tem mininu mais aqui não, tem que ter mininu na cidade', aí eu fui pra cidade e tive lá. [quem falava isso?] um bucado dessas mulherzadas mais velha, que diz que as parteiras tava acabando, as parteira tava ficando pouca, e tinha de ir pra cidade. (Moradora do Vão de Almas, 56 anos, 6 filhas)

[você pensou em parir em casa?] não, eu ficava com muito medo, ia embora muito antes. Porque antigamente o povo fala que era muito difícil, quando foi no meu tempo quase não tinha parteira mais, as mais velha tinha morrido, outras tá mais velha que não mexe mais, minha vó ali era parteira, mas hoje ela não pega mais. **Aí no meu tempo elas não mexia mais**, aí como não tinha uma pessoa certa pra pegar, aí eu ficava com medo, de ficar aqui e correr perigo de vida. (moradora do Vão de Almas, 25 anos, 5 filhas nascidas em hospital)

O mais triste pra mim foi a impossibilidade da prática em parteria do município se transformar e seguir seu caminho. Os conhecimentos tradicionais são dinâmicos, se tivesse existido a possibilidade de renovação provavelmente a prática da parteria hoje resultaria em menos mortes neonatais e maternas, assim como acontece com o parto sendo em hospital, assim como a prática médica de tempos atrás resultava em maiores mortes e hoje em menos (embora essa linha não seja sempre crescente).

eu não pensei em seguir como parteira porque quando chegou na condição pra mode eu acompanhar alguma mulher já tinha esse negócio de 'é melhor ir pra Cavalcante' porque inclusive mesmo teve minhas filhas, aí eu falei hoje o melhor é ir pra cidade. (moradora Vão de Almas, 53 anos, filha de parteira, mãe de 8)

[porque as parteiras pararam?] eu penso assim que porque eles passou pra cidade e agora as de cá não tá pegando mais, todas as que tá gestante vai pra cidade aí as da roça não tá pegando mais. Um bucado já ta fraquinha velha também, já tá sem força, aí não quer pegar mais. (Moradora do Vão de Almas, 50 anos, 8 partos)

[você consegue imaginar um mundo sem parteiras?] agora a gente já tá acostumando, que elas não tá querendo mesmo. É o jeito, que elas não vai querer mais. Agora é no hospital mesmo. (moradora do Vão do Moleque, 72 anos, teve 10 filhas, três no hospital, filha de parteira)

E muitas parteiras mais antigas já até vieram a óbito e eu acho uma coisa muito interessante, e acho uma cultura que devia continuar só que não continuou, por vários motivos, porque umas vieram a óbito, essa nova geração acho que tem um certo receio também de fazer parto em casa. Então isso aí tá caindo muito, e aqui

não ia ser diferente dos outros lugares. Então normalmente elas tão vindo fazendo pré-natal e quando estão próximas de ganhar principalmente das comunidades mais distantes, o que a gente orienta é vir pra cidade pra já ficar aqui pra gestante já ser encaminhada pras duas regiões que absorvem esse parto. (gestora da saúde, 49 anos, nascida em hospital/cesariana, médica no município há 20 anos)

[você pensou em ter filho em casa?] Sim. [E porque decidiu ir pro hospital?] Minha mãe falou que era mais seguro, **no tempo de hoje que não tem mais as parteiras de antigamente.** (Moradora de São Domingos, 17 anos, 1 filha nascida em hospital)

### *Tudo é perigoso > medo*

porque as coisa ficou muito séria, **primeiro porque as pessoas ficaram com medo.** Antigamente morria uma pessoa lá na roça, de parto mesmo, não tinha nada, morreu porque deus quis, e o que a parteira podia fazer, ela fazia e hoje, se a pessoa não for pro hospital, e a mulher morrer na mão de uma parteira dessa, a própria saúde vem em cima. Então a pessoa foi ficando, foi se recuando. Elas tem a sabedoria, sabe como fazer o procedimento, mas a própria família não deixa ela fazer. Então é por aí que eu acho que elas não pôde dar continuidade, inclusive não sei se você já foi pra o lado do Vão de Almas e Vão do Moleque, pra lá tem muitas ainda atuando<sup>49</sup>. Elas receberam curso, receberam treinamento, e aqui na região não teve na época, e elas foram ficando de lado. E aí veio essa nova geração com hospital, com médico, aí as parteiras foi ficando. Então eu acho que foi por aí que elas não deu prosseguimento. (Agente Comunitário de Saúde do Rio Preto, 53 anos)

O que é particular do conhecimento tradicional em parteria é que o parto e nascimento estão diretamente relacionados com a morte. Do meu ponto de vista espiritual é o mesmo portal que se abre na

49 Embora o agente de saúde tenha mencionado que nessas comunidades “tem muita parteira atuando”, como foi observado pela pesquisa, isso não ocorre. Algumas pegam quando é em último caso. O agente citado reside e atua em uma comunidade geograficamente bastante distante dessas mencionadas.

morte e no nascimento, o portal entre dois mundos, invisível e visível. Aprendi de um Exú: quando se morre em um deles, se nasce em outro.

o parto é assim **ou pare ou morre**. Pra mim é uma coisa muito preocupante, por isso que eu tinha muito medo. Eu sabia que a parteira que cuidava de uma mulher e a mulher não morria na mão dela era uma herói. Igual essa aqui [derradeira parteira de São José]. (Agente Comunitário de Saúde de São José, 65 anos)

Elas incentivavam a ir pro hospital. [porque você acha?] Porque elas tem medo, vai que morria, vai que não nascia, vai que a placenta não saia. E naquela época não tinha transporte aqui, tudo aqui era difícil. **Ou nasce aqui ou era caixão**. (moradora do Vão do Moleque, 43 anos, 4 filhas, 1 nascido com parteira e 3 no hospital)

diz que quando uma mulher tá gestante é **um pé dentro da sepultura e outro de fora. Aí diz que quando dá a dor diz que bota os dois pé dentro**. (Moradora do Vão de Almas, 56 anos, 6 filhas, só um nascido em hospital)

Esse ditado do pé dentro da sepultura eu ouvi de algumas mulheres, e reflete essa particularidade da forma como o parto é entendido. O medo foi seguramente o sentimento mais relatado e a maior justificativa apontada para as mulheres não quererem parir com parteiras em casa, e também para as parteiras não acompanharem mais partos. Esse medo se refere tanto ao medo da punição, como já foi abordado anteriormente, quanto ao medo da morte.

Interessante que um dos atributos que as parteiras sempre falam que uma pessoa precisa ter para ser parteira é a coragem. Se pensamos que a coragem pode ser entendida como antídoto do medo, essa característica está relacionada com lidar com o mais profundo do que move o parto. É uma forma de considerar as emoções como parte do processo de aprendizagem e prática, se o parto envolve medo, o que mais se precisa pra lidar com ele é coragem. Quando a ciência moderna estabelece um diploma baseado em habilidades técnicas como requisito para uma pessoa ser qualificada para exercer uma profissão, desconsidera as emoções como parte do ser.

A noção de risco pode ser compreendida como uma construção cultural datada e fluida, que dependerá, na situação da gravidez e parto, do que está disseminado no senso comum e/ou nos manuais técnico-científicos, da crença e conveniência

para aqueles que acompanham o parto e dos sentidos que a gestante e sua família atribuem à gravidez, ao nascimento e ao saber profissional. Polissêmica, a noção de risco apresenta-se como estratégia de poder que pode justificar o controle exercido sobre o corpo da mulher e do transcurso da gestação e parto. Esta compreensão pode servir de base para os questionamentos em relação ao modelo hegemônico de acompanhamento à gravidez. (Pimentel *et al.*, 2014 p. 174)

Este entendimento que a noção de risco é ao mesmo tempo mutável e utilizada como estratégia de poder para o controle, traz pra mim maior compreensão do porque “antes as coisas eram mais fáceis” e agora tem muito medo. Embora o parto e nascimento esteja intrinsecamente relacionado com a possibilidade de morrer, o medo aparece na maioria das narrativas como algo que chegou, antes não existia.

a gente não vai mais fazer parto, se deus permitir os partos que vão fazer agora é tudo na cidade, porque tá correndo muito risco, muito perigoso, também né? Que antes era muito mais fácil, muito mais melhor, as coisas era mais em dias, e hoje é muito difícil. (moradora do Vão de Almas, 59 anos, 8 filhas, pegou 3 mininus)

[porque você decidiu ir pro hospital nos 2 partos?] porque as pessoal falava “tá levando as mulher pra o hospital porque lá o conforto tá melhor pras mulher ir.” E a gente ficava pensando, que as vezes a gente ficar aqui.... **que a mulher quando tá grávida ela só pensa aqueles pensamento errado**, “sei lá se eu dou dor aqui e as vezes eu tando lá fora se não der certo eles já me leva pra Brasília, já me leva pra Goiânia e lá eu vou ter uma vida melhor’. Então foi isso que eu fui desse que tem 19 anos e de [nome da filha]. E esse último acabou que eu tive aqui, tá com 14 anos. (Moradora do Vão de Almas, 50 anos, 8 filhas, 6 com parteira em casa e 2 no hospital em Cavalcante)

[você sente falta de ter parteira na comunidade?] sim, sinto falta, mas ao mesmo **eu tenho medo. Antigamente fazia aqui e tudo bem**, mas hoje acontece muitas coisa, igual essa menina que morreu de hemorragia, se tivesse levado ela pra um hospital melhor, talvez não tinha acontecido isso. Já pensou de acontecer uma mulher entrar trabalho de parto aqui e aqui não tem hospital, se precisa de hospital, por isso que eu prefiro em Cavalcante, que pelo menos a cidade é mais

próxima. (moradora do Vão de Almas, 23 anos, 1 filho no hospital de Campos Belos, neta de parteira)

Se antigamente fazia e era tudo bem, porque agora não é tudo bem? Será porque a noção de risco mudou? E o risco é qual? A pergunta feita aos agentes de saúde sobre se conheciam as definições de gestação de baixo e alto risco e se consideravam seguro o parto domiciliar para uma gestação de baixo risco, ou risco habitual, teve um resposta intrigante na comunidade do Rio Preto: se uma mulher vive situação de violência doméstica ou se a casa dela não é ambiente seguro, o risco é alto. A minha pergunta estava totalmente focada na noção biológica de risco, e a resposta do Agente de Saúde me levou para a noção de vulnerabilidade social. Uma aula de bioética de intervenção.

Se transpormos essa concepção de risco num sentido mais amplo, e consideramos o racismo estrutural, os inúmeros relatos que eu ouvi de partos desassistidos dentro do ambiente hospitalar e as violências diretas que as mulheres sofreram nos mesmos, além de intervenções por vezes desnecessárias, também existe um risco considerável no parto hospitalar.

as vezes fala que a gente pega muita friagem, e quando a gente tava com dor, elas faz aquele banhozinho, já é o que a gente não ranja no hospital, que eu achei muito estranho. **Que as vezes aqui é o perigo que a gente pensa que ficava longe do conforto, mas só que uma ajuda das parteiras, as parteira ajudava muito**, elas tinha muito remédio. (Moradora do Vão de Almas, 50 anos, 8 filhas, 6 com parteira em casa e 2 no hospital em Cavalcante)

Essa moradora do Vão de Almas questiona a própria ideia de que se pensa que o perigo é estar longe do hospital, mas no hospital não se tem os cuidados que as parteiras oferecem, elas eram/são conhecedoras dos remédios. Nesse sentido, a ideia padronizada de que com parteira é perigoso e com médico é seguro também é questionada.

[Alguém da sua família aprendeu com sua bisa?] Na verdade não, é porque foi modificando, **as pessoas já era proibida de ganhar criança em casa por causa do risco que corria**. Aí o pessoal da saúde falava que quando as mulheres tivesse pra ganhar neném procurasse a cidade pra não ficar e sofrer certos riscos, **porque tinha mulher que morria no parto**. Eu mesma lembro de uma mulher que morreu no parto, quando ela saiu já tava com 5 dias de dor de parto, foi pra

Campos Belos, mas não resistiu, eles tiraram o bebê mas ela morreu. (há uns 38 anos atrás) (moradora de São Domingos, 50 anos, pega pela sua bisavó parteira, 3 filhas de cesariana)

Essas definições [cristã e biomédica] reservam ao corpo feminino a condição de vítima, vítima do parto. Dessa forma, a título de oferecer às mulheres um paliativo ao sofrimento e aos riscos do parto, a obstetrícia pôde atribuir a si própria a missão solidária, humanitária e superior de intervir racionalmente no trabalho feminino de parir e partejar. Para a completude dessas definições de papéis – mulheres-vítimas, obstetrícia-salvadora – a dor e o medo foram elementos constantemente presentes e subjacentes ao discurso científico, legitimando suas práticas médicas e inspirando seus avanços técnicos (Pimentel et al., 2014, p. 181)

[porque você acha que as mulher ganha tudo no hospital?] Uá, eu sei lá! Porque as parteira minha senhora daqui não tem mais, e as parteira que era mais coisa já não tem, morreu tudo. Então o melhor é ir pra rua, ainda mais que agora diz que tem é livrança né? Diz que tando na mão do doutor é mió di que ganhá cá. (moradora da Prata, 77 anos, 13 filhas nascidas em mãos de parteira)

porque o hospital tem hora que é mais confortável porque tem os médicos, e parteira sozinha a gente fica meio com medo, antes não tinha porque não tinha jeito mesmo. (Moradora do São Domingos, nascida em mãos de parteira, 29 anos, 1 filha nascida de cesárea marcada)

[porque você decidiu ir pra cidade?] porque aqui é muita dificuldade, muitas coisas andou acontecendo aí a gente ficou com medo, aí a gente foi quando dá no mês de ganhar mininu a gente vai pra cidade, que qualquer coisa já tá no conforto, e aqui não tinha o conforto, tinha que andar longe pra pegar carro, que aqui não tinha estrada. (moradora do Vão de Almas, 31 anos, 5 partos)

[você consegue imaginar um trabalho conjunto de parteiras com o postinho, o hospital?] Talvez assim, se a gente assistisse assim junto uns trabalhos, uns ensinamentos as vezes podia até alguém ainda, mas hoje acho que aqui mesmo ninguém enfrentaria não. O povo ficou muito com medo depois que morreu essas mulher de parto. Essa que morreu na capela essa que era mulher de meu pai. O povo ficou muito assombrado, com medo de não ter socorro. Teve duas também que foi carregada de rede para o socorro. [moradora do Vão de Almas, 59 anos, 8 filhas com parteira, pegou 3 minines)

A morte de algumas mulheres nas comunidades representou “a prova” de que é perigoso parir em casa com parteira. A situação drástica que é perder uma parente, ver as pessoas transportarem uma mulher na rede atrás de socorro e vê-la morrer se une a todo o medo envolvido no parto e na autoatribuição da ciência médica como única salvadora. É importante pontuar que a ciência médica, enquanto conhecimento específico, tem características que podem prestar melhor assistência em situações particulares, e, talvez, evitar mortes. Reconhecer o legado de cada saber é o mesmo que reconhecer que o equilíbrio da floresta depende da variedade de plantas e seres que coabitam e interagem nela.

A ciência moderna tem seu legado no método, na capacidade da generalização, na promoção de curas emergenciais das partes, as quais recorremos em situações diversas, quando fraturamos ossos por exemplo. Entretanto, aqui se busca o todo, o corpo inteiro, as interdependências, as interconexões- o complemento necessário pós-fraturas, os diálogos e ecologia dos saberes dos sistemas de cura pelas plantas. Os medicamentos no sentido amplo da terapia com seus mistérios, encantos e magias que completam e integram a terapia da cura. (Gomes 2009, p. 17)

[se tivesse parteira podia ser um trabalho conjunto com os médicos?] é se tivesse parteira....mas hoje os médicos também tá fazendo muitas coisas boas, que as vezes a gente não consegue ganhar normal. (moradora de São Domingos, pega por parteira, 62 anos, 7 filhas com parteira)

eu acho complicado assim o parto na roça porque, ainda mais hoje, antigamente eu nem achava tanto assim, mas hoje eu acho mais complicado porque tem médico, e antigamente não tinha, tinha, mas era mais difícil. E hoje você corre pro médico, sabe se a mulher pode ganhar normal, sabe que a mulher não pode, ali tem o pré-natal o acompanhamento, tudo direitinho né? E naquele tempo não sabia, que aqui morreu muita mulher de parto. [Você conheceu alguma?] Conheci. Não, a gente conhecia assim...de vista né? Foi do outro lado do rio Preto. Só sei que morreu, teve uma que ganhou e a outra nem ganhou. (moradora da Capela 66 anos, 8 filhas, 6 em casa e 2 em hospital)

Conforme discutimos na sessão de mortes maternas, existe um forte imaginário e um discurso de que antes morriam muitas mulheres de parto, nos partos em casa com parteira. Quando fui perguntando para as mulheres quantas elas conheciam, às vezes não sabiam de nenhuma, as vezes sabiam a história de 2, no máximo 3. A comparação com dados mais gerais não foi possível dado a limitação de informações disponíveis no último século, mas ainda assim, se consideramos que houve no decorrer de 60 anos aproximadamente 17 mortes maternas em todo o município, é um número baixo, considerando que a mortalidade materna era bastante alta em todo mundo. Para se ter uma ideia comparativa, em estudo de maternidade de Minas Gerais de 1927 a 1941 o Índice de Mortalidade Materna\_IMM foi de 1544 em cem mil nascidos vivos, entre 1942 e 1956 houve redução para 314 e de 1957 a 1971 decresceu para 76,4 (Andrade, Amaury Teixeira Leite; Guerra, Martha de Oliveira; Andrade, Gilberto Nogueira de; Araujo, Dimas Augusto de Carvalho; Souza, José Paixão de Souza, 2006).

Antigamente, os partos eram realizados na comunidade e era possível identificar casos de óbitos de mulheres e bebês na região, especialmente por causa do difícil acesso a transporte e limitação nos cuidados de saúde. Hoje, com mais facilidade, as mulheres estão preferindo ganhar seus filhos na cidade.” (Santos, 2015 p.33)

Nota-se que a pesquisadora aponta a existência de óbitos maternos e neonatais como um indicador de precariedade para os partos nas comunidades. Mas nesse mesmo tempo o número de óbitos em hospitais também era alto.

O modelo médico hegemônico tecnocentrado se pauta por “salvar vidas” independente da qualidade e integralidade dessa vida. A morte é vista como o pior, e deve ser evitada. Há um consenso em que a busca maior é por evitar mortes. Em ultima instância, essa máxima autoriza, por exemplo, um

médico cortar o períneo de uma mulher para o bebê sair rápido e “diminuir qualquer risco de intercorrência que leve a morte do mesmo”, independente se para mulher esse corte vai: demorar mais pra cicatrizar; ter maior risco de uma pequena infecção que, hoje, apresenta pouco risco de morte pra ela, mas que seguramente causa muito desconforto num momento já delicado que é o pós-parto; vai incomodar a vida sexual dela por muitos anos; pode acarretar sequelas de incontinência urinária ou infecções recorrentes; entre outros malefícios que uma episiotomia mal feita pode causar. Ou fazer uma cesariana sem uma necessidade real, uma cirurgia que envolve riscos maiores que um parto vaginal e que sua recuperação é bastante mais complicada para as mulheres.

[você acha que agora que tem médico não precisa de parteira?] eu acho que não, o povo diz que precisa, mas as mulher não vai mais, tem muito medo já, de ganhar menino na roça assim sabe? Não vai procurar parteira, vai procurar a cidade. (moradora da Capela, 66 anos, 8 filhas, 2 no hospital e 6 em casa)

As mulher hoje não espera mais parteira, **não confia mais não**, hoje é hospital mesmo. (Agente Comunitário de Saúde da Capela, 46 anos)

na verdade as mulher que ganhava aqui com parteira parece que tinha trauma de hospital, não sei porque, né? Você vê que tinha mulher que tava lá e não queria ir pra hospital, não sei o que a gente pensava, que dizia que tal médico que fazia isso, fazia aquilo, aí a gente ficava com medo. [Que história a senhora lembra ouvir dos médicos nessa época?] Enfiar ferro pra puxar criança, essas histórias que eu ouvia de vez em quando. Na verdade, eu vi um médico em Cavalcante fazer isso, ele enfiou o ferro na mulher, puxou a criança, quando ele acabou de tirar a criança, ela morreu, que ele puxou né? E furou a cabeça do neném, isso eu que vi. (moradora do Rio Bonito, 62 anos, 5 filhas, 4 nascidas em casa e 1 cesárea em hospital, filha de parteira)

Essa fala acima traz a tona um tempo que parece que foi esquecido ou existiu pontualmente no município: aquele que a parteira era a pessoa de confiança e o médico a pessoa baixo suspeita. Como foi apontado no histórico, as mulheres no território chamado Brasil demoraram (ou não o fizeram) muito tempo para migrar para o hospital, justamente pela desconfiança. O uso exagerado de ferramentas e as consequentes mutilações/deformações decorrentes da mesma era uma das razões pras mulheres não

confiarem. Este momento existiu também em Cavalcante, conforme foi apontado na sessão parições. O que me chama atenção é como essa história “bárbara” da medicina, com altas taxas de mortalidade materna geradas por infecção hospitalar ou pelos “testes” de cesariana até a mesma se tornar uma cirurgia estável, e o uso de certas ferramentas podiam mutilar sem ter um eficácia comprovada, essa história foi apagada do imaginário, dos relatos, da oralidade. Ou seja não existe mais, foi confiscada. Enquanto toda gente tem na ponta da língua todos os “erros” das parteiras do passado, que até os dias de hoje justifica sua invalidação e perseguição.

É preciso lembrar que a formação nas áreas de saúde tanto de médicxs, enfermeires, técnicxs está centrada na doença, enquanto o saber tradicional geralmente foca no bem estar e prevenção cuidado da saúde integral. Isso quer dizer que provavelmente os olhares serão muito diferenciados com relação ao parto e pós-parto. Parteiras que acedem a formações técnicas usam mais intervenções duras e muitas vezes desnecessárias que as que não passaram por essas formações (Ahmed, Hamdia M., 2014).

Quando a formação está focada nas intercorrências, as intervenções duras tendem a ser mais utilizadas e valorizadas. Quando tudo é perigoso as ações heróicas, muitas vezes materializadas em intervenções duras, são mais recorrentes. Ainda que as intercorrências ocorram em menos da metade dos partos. Entre a década de 40 e 60 se firmou no meio médico brasileiro a ideia de que a cultura teria desviado a fisiologia natural da parição, e que cabia aos obstetras prevenir e lidar com as distólicas do parto. Foi quando se criou uma roteirização de intervenções no parto (Silva et al., 2019).

a chegada do recém-nascido será a salvo de perigo, isenta de dor e livre de inconveniência: uma entrada triunfal neste Universo (Costa, 1967, p. 32 apud Silva et al., 2019, p. 183)

O relato acima é de um obstetra na década de 60, e pra mim essa ideia de entrada triunfal fala muito sobre a autoatribuição de herói dos médicos. Um herói é mais forte ou poderoso conforme supera maiores desafios. Quanto maior o perigo, mais heroica é a ação que “o supera”. E os escritos médicos foram construindo essa narrativa heroica, onde as parteiras muitas vezes aparecem como vilãs coadjuvantes, e a natureza é o principal vilão.

Obviamente que conhecer essas intercorrências pode ajudar a acionar profissionais específicos e evitar mortes neonatais. Mas é um fato que uma formação que se baseia nas intercorrências tenderá a lidar com o parto como algo perigoso.

Em dois outros relatos foi possível sentir um momento em que se havia também muita desconfiança do saber técnico científico hospitalar e maior confiança no saber tradicional. No relato de uma moradora do Vão de Almas quando fala que a filha estava em trabalho de parto no hospital e ela foi buscar o benzedor porque as enfermeiras e médica não iam fazer nada; e no relato de uma das gestoras entrevistadas quando fala que a mãe preferiu ter com parteira em casa. Também houve um relato de uma mulher com experiência de acompanhar partos que preferiu que sua filha ficasse na cidade e parisse em casa com ela, do que fosse transportada de ambulância para outra cidade. Além desses, uma das entrevistadas preferiu parir em casa por sentir um ambiente mais seguro para um parto. De resto a maioria afirma que a confiança era nas parteira que já morreram, e hoje no hospital.

[porque as parteiras pararam?] porque muitos tava não querendo deixar as parteiras cuidar. Porque hoje uma mulher ganhar neném em casa, tava sendo perigoso demais: "não, que tinha que ser no hospital", sendo que as mulher cuida mais que no hospital né? No hospital eles deixa ela pra lá e só vem olhar na hora que é pra ganhar, não faz um chazinho, não dá um remédio. Aplica o soro na hora que vai pra ganhar e pronto. E as parteira não, as parteira fica cuidando, tem mais carinho. Eu pra mim, eu acho que é. (moradora do Vão do Órfão, 66 anos, 8 filhas, 6 em casa e 2 no hospital, 1 cesárea)

lá no hospital é melhor porque se não tiver como a criança nascer eles faz cesárea. Mas se todo mundo tivesse a capacidade de ter normal e não precisasse cortar, é melhor aqui na roça. Porque meus partos que eu tive aqui na roça eu achei melhor que na cidade. (Moradora do Vão de Almas, 54 anos, mãe de 12, 3 nascidos na cidade, outros na roça, parteira pegou 3 mininu dos outros e 1 dela mesmo)

O relato acima eu transcrevi literalmente de uma mulher, mas é a ideia que muitas trouxeram. Das 27 mulheres que responderam a pergunta se preferiam parir em casa e ou no hospital, 16 (59,26%) preferem em casa e 9 (33,33%) no hospital, 2 não definiram o que é melhor. Das 62 mulheres que responderam se a saúde das mulheres é melhor agora que elas tem filho no hospital, 36 (58%) falaram que não, 16 (25,81%) acham que sim, e 10 (16,13%) veem que por um lado é melhor, e por outro não. As que consideram isso, tem um posicionamento muito similar ao narrado acima, consideram que no

hospital é mais seguro porque está já em cima do conforto, ou seja, com mais recursos para emergências. Por outro lado, na roça tem mais cuidado com banhos, chás, alimentação, e o próprio corpo, que rapidamente se recupera, além de ser mais acolhedor. Quase todas as mulheres que tiveram as duas experiências se sentiram melhor em casa em termos de cuidado, mas não totalmente por causa do medo.

nasce na roça é mais melhor porque da hora que a mulher ganha u mininu faz aqueles banhos de acento. Os banhos é um bucado de casca de pau. (Moradora do Vão de Almas, 46 anos, 7 filhas, 4 nascidas em casa com parteira e 3 no hospital de Cavalcante, neta de parteira)

[porque você decidiu ir pra cidade?] Assim, antes as coisa era mais difícil, você não tinha carro pra ir, igual a época que eu ganhei o mais velho, os rio tudo cheio, tava chovendo, não tinha ponte, não tinha nada, aí ganhei em casa. Aí o outro a mesma coisa. Aí o deles já tava mais evoluído aqui, já tinha carro pra ir e voltar aí decidi ir. (moradora da Prata, nascida com parteira, 36 anos, 5 filhas, 2 em casa e 3 no hospital)

O relato acima me chama atenção pois a resposta à pergunta porque decidiu parir na cidade não fala nada sobre o parto em si, menciona apenas a questão do acesso ao hospital, o que pra mim, entrelinhas está dado, como um pressuposto, que se tem a oportunidade de ir pro hospital esse é o único caminho possível, ou o melhor desejado, ou aquele que se almeja chegar. O caminho único da colonialidade e da monocultura.

Altamente permeado pelo discurso da técnica, mas, ao mesmo tempo, não portador do conhecimento perito, o sujeito na atualidade se vê imerso num contexto contraditório. Ao mesmo tempo em que se encontra envolvido em constantes e novas argumentações ligadas à noção de risco e do subsequente desenvolvimento de técnicas para saná-lo ou controlá-lo, o indivíduo vê-se numa encruzilhada de sentimentos que incluem insegurança, sensação de perigo iminente, falta de potência e capacidade de autogerir-se e regular-se, mas também impressão de proteção, controle, potencialização e segurança advindos do aprimoramento da técnica. (Pimentel, et al. 2014 p. 168)

Se tudo é perigoso mas o hospital é seguro: quando o mundo desencanta o recurso é a técnica. A era do metal. A busca por intervenções duras. Vivemos um tempo, é preciso dizer, que mulheres tiram os

peitos pra não ter câncer. Esse é um reflexo de um cuidado com a vida que prima por intervenções duras para o prolongamento da mesma, ou para evitar a morte. Escuto na fala de muitas mulheres sobre a decisão de onde parir um pouco dessa encruzilhada de que fala Camila Pimentel, todas as argumentações sobre risco e perigo de se parir em casa e ao mesmo tempo a sensação de que o cuidado é melhor estando na comunidade. Talvez eu veja paradas nessa encruzilhada as mulheres que fizeram parte de um momento de transição, aquelas que tiveram filhos do fim dos anos 90 até 2010. As que pariram de lá pra cá, sinto que enxergam a encruzilhada, mas já seguiram um caminho e só veem o outro de longe.

[me conta como foi esses partos do hospital, você foi antes de ter a dor?] fui, é porque nessa época aqui tinha morrido minha cunhada, aí o povo botava na cabeça na gente pra não ganhar aqui, que tinha que ir pra cidade, e eu nem queria ir. Falei: “mas moço eu já ganhei os outros todos aqui será possível que só essa que não pode?!” Aí todo mundo [falando] que era pra ir, aí eu fui, minha sogra, minhas cunhadas todo mundo. (moradora da comunidade Prata, 53 anos, 12 filhos, 5 em casa e 2 no hospital, contando sobre o sexto parto)

[porque as parteira não deram continuidade?] as vezes os partos acaba tendo mais dificuldade, eu sei que não é culpa de ninguém, acontece quando tem que acontecer e deus sabe o que faz. Mas aí tem muitas que se acontecer alguma coisa vai se sentir culpada, ou vai ficar: "**se tivesse ido pro hospital, não teria acontecido**" (Moradora da cidade de Cavalcante, 38 anos, 3 filhas nascidas em hospital, neta de parteira)

[em casa] cicatrizou melhor que no hospital quando a gente ganha porque ganhou não precisou dar pique nem nada que eu ganhei aqui aí recuperou mais rápido. (...cunversa vai, cunversa vem...) [você achou melhor parir em casa ou no hospital?] No hospital a gente parece que fica com mais coragem né? Porque em casa a gente fica com medo de morrer, que as vezes não dá conta de ganhar, e no hospital não, se não ganhar de um jeito eles faz cesareana. É melhor no hospital. (Moradora de São Domingos, 32 anos, 5 filhos, 4 no hospital e 1 em casa porque não deu tempo)

[porque você acha que as parteiras pararam?] Não sei. Deve ser pressão mesmo, se acontecesse alguma coisa. A gente tava tendo muito caso de nascer gêmeos, só minha irmã teve dois partos gêmeos. E teve um sem o ânus, e ainda viveu 3 dias. Se fosse nessa época, ele tinha vivido. Então eu acho que é por isso, é muito difícil. (moradora do Vão do Órfão, 53 anos, 12 filhas, 9 na roça e 3 no hospital)

No ano de 2019 pelo menos 1576 (mil quinhentas e setenta e seis) (DATASUS, 2020) mulheres morreram na gestação, parto ou pós-parto no Brasil. A maior parte delas, se não 100%, pariram em contexto hospitalar. Não é possível afirmar que um parto onde mãe ou bebê vieram a óbito poderia ser diferente em outra condição. Sim, é possível supor para melhorar a assistência, a partir do estudo das causas da morte diminuir os riscos de “mortes evitáveis”. Mas simplesmente não é possível dizer com certeza que o hospital garantiria a vida de mãe e bebê. Mas é uma argumentação bastante recorrente: se tivesse sido no hospital...como se no hospital não morresse. É necessário ponderar que nos hospitais hoje se tem recursos que ajudam a manter uma vida fora do útero de bebês prematuros, bem como, existem técnicas e aparatos que auxiliam em emergências neonatais, contribuindo de fato para diminuição da mortalidade neonatal.

Os saberes tradicionais assim como a ciência não estão parados no tempo. Se aprimoram, se equivocam, retrocedem, avançam, seja lá o que significa avançar. Durante quase um século de assistência ao parto no município de Cavalcante por parteiras tradicionais teve um número estimado de 20 mortes maternas, e um número bastante mais elevado de mais mortes neonatais. Durante um século, como vimos no capítulo da história da assistência ao parto, 100% das mulheres submetidas a cesárea morreram. Contudo, à ciência foi dado o crédito e à comunidade o débito. À ciência foi dado o status de progresso, consequências necessárias para hoje cesáreas salvarem vidas. Às comunidades e parteiras tradicionais ficou a culpa e a ignorância, não lhes foi permitido aprimorar.

[porque você acha que não pode mais a mulher ter em casa?] A, não sei falar, é porque tem problema, tanto problema pra mulher que foi olhar, como pra que aceitou a outra ir olhar ela sem ir pro hospital. Se alguma coisa acontecer, de um mininu as vezes sair enganchado ou morrer na barriga, porque não levou logo no médico pra poder tirar né? Eu acho assim também. (moradora da Capela, 69 anos, 14 filhas, todas nascidas em casa, 7 nascidas no Órfão)

*Se não vai de um jeito, vai de outro*

Porque se tivesse parteira aqui na comunidade não precisava as pessoa sair pra fora pra ganhar mininu não. Mas também, de um tempo pra cá, tá correndo muito risco das mulher ganhar mininu, tem delas que vai ganhar no hospital e precisa de ser cortada pra tirar o mininu que não tem como o mininu nascer, pouco tempo pra cá ta complicado. (Moradora do Vão de Almas, 56 anos, 10 partos, a maioria em casa)

Eu acho que hoje é muito arriscado, **hoje parece que até os partos é mais complicado que os de antes. Que hoje quase todo mundo é cesárea.** Igual o dia que ela [filha] ganhou neném teve 5 partos com o dela, os outros todos foram cesárea, só o dela que foi normal. Parto hoje é muito complicado, aqui é muito complicado. Só se for de ultima hora, igual acontece das mulheres perder a data de ganhar, aí faz. Eu acho que é um pouco complicado, arriscado de mais. (moradora da Prata, nascida com parteira, 36 amos, 5 filhas, 2 em casa e 3 no hospital)

[você acha que a saúde das mulheres é melhor no hospital?] muitas das vezes sim, se precisar de uma cirurgia é melhor, e aqui vamu supor, se o bebê tiver virado, a mãe vai morrer, porque não tem como fazer uma cirurgia. (Moradora de São Domingos, 21 anos, 2 filhas nascidas em hospital)

[você sente falta de ter parteira?] Não, eu tenho medo. (moradora da Capela, 66 anos, 8 filhas, 6 em casa, 2 em hospital, um dos que nasceu no hospital morreu ao nascer de cesárea, todes que nasceram em casa estão bem)

O relato acima me chama atenção pois parece haver um descompasso entre a experiência vivida e a narrativa. Uma mulher que teve 6 filhas em casa com parteira sem óbitos, e que perdeu um bebê que nasceu de cesárea diz ter medo da assistência por parteiras. As estatísticas mais recentes mostram que o parto cesariano tem um risco maior de morte de materna do que um parto vaginal (Mascarello Keila

Cristina, et al 2017; Tintori, Janaina Aparecida et al. 2022; Pedroso, K. Z. A. et al, 2021). Além disso, diversas complicações neonatais tem maior chance de acontecer em partos cesarianos (Leal et al. 2019).

Muitas parteiras e mulheres falam que hoje as coisas estão mudadas e os partos tem mais complicações e pode precisar de cesárea. Me pergunto sobre a abordagem de médicos sobre a “necessidade” de cesárea que pode ter ajudado a construir esse entendimento. Acompanhando mulheres em outras cidades, vendo relatos etc, vejo como é construída por médios e médicas a argumentação da “necessidade” da cesárea, algo que vem sendo bastante denunciado pelo movimento de humanização do parto e nascimento. Mas o fato é que por décadas as mulheres ouviram/ouvem de médicos que elas não podiam parir normal, e que a cesárea salvou a vida delas ou da bebê. Se antes elas não precisavam, então é porque mudou, não porque eles estão equivocados quanto a essa necessidade ou não. É preciso lembrar que o Brasil é um país com um índice muito alto de cesáreas, que está mais relacionado com a cultura médica que se criou aqui do que com a necessidade fisiológica de um parto não se desenvolver de forma segura.

Porque é melhor, hoje a parição vem de todo jeito, não é naqueles tempo que a gente ganhava mininu em casa. Hoje as parição tá tudo em risco. (Moradora da Prata, 48 anos, 11 filhas, 2 em hospital)

até hoje, quando não tem a possibilidade de ir até a cidade, as pessoas fazem aqui mesmo, mesmo assim com um pouco de receio, porque hoje as coisas estão mais mudadas, quando não tem a oportunidade de ir pra cidade, mas quando a pessoa vê que tem a oportunidade de ir pra cidade, tem que ir, porque lá é sempre mais seguro, tem os médicos lá. (moradora do Vão de Almas, 23 anos, nascida de parteira, 1 filho nascido em hospital)

Porque se tivesse parteira aqui na comunidade não precisava as pessoa sair pra fora pra ganhar mininu não. Mas também, de um tempo pra cá, ta correndo muito risco das mulher ganhar mininu, tem delas que vai ganhar no hospital e precisa de ser cortada pra tirar o mininu que não tem como u mininu nascer, pouco tempo pra cá ta complicado. (Moradora Vão de Almas, 56 anos, 10 partos)

Quando tem a parteira era muito melhor, mas agora só no hospital. Tem hora que é melhor porque **quando tá difícil aí leva pra o hospital o doutor tira**. E parteira cá tinha delas que sabia que mininu tava difícil pra nascer, e tirava u mininu. Mas outras não sabia, era só pegar mesmo. [As parteiras que tinha mais experiencia: Rifina, Maria, Tereza.] (Moradora do Vão de Almas, 56 anos, 6 filhas)

[você acha que a saúde das mulher é melhor agora que elas têm filhu no hospital?] eu acho que sim, porque socorro não existe aqui, as daqui faz pra salvar a vida das criança e das mãe, mas na cidade é outra coisa. (moradora de São Domingos, neta de parteira, 38 anos, 1 filho nascido em hospital)

porque depois que pegou, levar as muié pro socorro, mais pra fora não chegou a acontecer como já aconteceu, **poque hoje às vezes faz uma cesariana**, às vezes tem muita ajuda, se não deu certo de ficar em Cavalcante eles pode levar pra outro lugar pra ficar em Campos Belos, vai pra Brasília, vai pra Goiânia. Aqui no início desse ano já teve mulher que ganhou mininu em Palmas-Tocantins, daqui da comunidade, foi tudo cesariana. Então hoje já tem o conforto mais melhor pra ajudar as mulher, não acontece mais aquilo. Igual eu perdi minha prima, desde cedo chamando e pedindo pra sair e eles não saiu com ela porque não quis sair, eu acompanhei ela de umas 8 horas até a hora que ela foi eu tava junto. Se ela vai mais logo às vezes não tinha acontecido, porque ela tava com hemorragia e não deu jeito, o sangue dela perdeu tudo. Ia pra lançar a criança e não lançava. Eu não resisti mais e saí. Quando panhou ela desacordada e botou no carro ela já não tava mais da mesma cor, quando chegou no rio diz que ela falou: “minha vista escureceu tudo, não to enxergando nada.” Aí foi a derradeira palavra dela, ela morreu lá mesmo na beira do Paranã, atravessando na canoa pra pegar o carro do outro lado. Nesse tempo não era o conforto igual hoje tem, ainda era mais devagar ainda. (Moradora do Vão de Almas, 50 anos, 8 filhas, 6 nascides com parteiras e 2 nascides no hospital de Cavalcante)

O relato acima é um de alguns que eu ouvi sobre essa morte ocorrida em 2009 no festejo de Nossa Senhora da Abadia. Foi uma morte que marcou a comunidade, também é uma das mais recentes mortes maternas do município. Como já foi mencionado antes, uma das razões pelas quais as mulheres falam que é melhor ganhar no hospital, ou que tem que ser no hospital, é porque “se não deu de um jeito, vai de outro”, ou seja, se não pariu vaginal, faz a cesárea. E está no imaginário das mulheres que a cesárea possibilita salvar a vida.

agora já tinha conforto né? que daquele tempo não tinha, mas agora já tava tendo, era bom de ir pra lá [pro hospital]. Que tem muitas delas que não tava conseguindo ganhar normal aí ficava com medo de segurar ela aqui e precisar ir pra cesariana e não faz, aí já mandava logo pra lá. (moradora do Vão do Moleque, 72 anos, teve 10 filhas, três no hospital, filha de parteira)

nesse tempo não tinha negócio de hospital aqui não, até que muitas mulher sempre morria de parto, porque não tinha um meio de comunicação pra sair pro hospital pra ganhar. Eu mesma tive duas tias que morreu de parto. As duas não ganharam, elas morava no campinho, nessas bera mesmo. Essas eu nem conheci. Elas não conseguiram ganhar porque não tinha jeito de ganhar, que não é igual agora que você tem como fazer uma cesariana, porque eu tive dois partos tudo cesariana. (moradora do São José, 50 anos, 2 filhas de cesárea, se referindo ao tempo que sua mãe e avós pariram)

Quando tem a parteira era muito melhor, mas agora só no hospital. Tem hora que é melhor porque quando tá difícil aí leva pra o hospital mode o doutor tirar. E parteira acá tinha delas que sabia que mininu tava difícil pra nascer, e tirava o mininu. Mas outras não sabia, era só pegar mesmo. (Moradora do Vão de Almas, 56 anos, 6 filhas, só um nascido em hospital)

[ela falou pra filha ir pro hospital porque...] Hoje as coisas estão difíceis e lá se não der de um jeito, dá de outro. (Moradora da Prata, 61 anos, neta e filha de parteira, 8 filhas, 7 em casa e 1 cesariana)

Se para algumas intercorrências durante o trabalho de parto a cesárea pode ser uma intervenção boa para salvar a vida da mulher e da bebê, é necessário ponderar que podem haver outras intervenções que evitariam a morte. Mas no Brasil e em parte do mundo, a cesárea foi e é difundida, especialmente por médicos, como a melhor solução.

Comparado a segurança pública, se afirma que nos hospitais acontecem mortes por causa do mau funcionamento, que pode(ria) ser diferente com treinamento, capacitação da equipe, transformação no atendimento, como se o modelo por si garantisse a vida e as melhores condições, a instituição não é questionada, apenas a gestão dela. Assim como as prisões vem sendo defendidas a séculos com esse mesmo argumento de que o modelo funciona, o que precisa melhorar é a gestão. Bom, olhando para o histórico da formação dos hospitais, que eram evitados por uma maior mortalidade materna no início de suas construções, olhando para sua conformação no Brasil: mulheres escravizadas ou libertas sem condições materiais iam por falta de opção ou coação para serem também estudadas, olhando para a formação dos profissionais que atuam ali e para a forma que foi planejado em sua arquitetura: o parto no hospital ocorre como o planejado. Não adianta esperar que no hospital não se vá querer sobrepor a tecnologia à fisiologia. Porque é para isso que ele foi criado. E não é a tecnologia material, ferramental, a única que salva vidas. As tecnologias do corpo e do espírito também tem eficácia física. Não se trata de negar a ciência, se trata de lembrar que as ciências ancestrais são reais.

mas só que hoje assim, as novata de agora não pari mais em casa, vai pra rua mesmo. Não sei se é por causa que não tem parteira mais que elas vai, quando emprenha, já ingera o mininu no hospital né? E assim mesmo ainda dá problema , tem mininu que nasce doente, tem mininu nasce morto, nasce de todo jeito. (moradora da Prata, 55 anos, 13 filhas, um tanto com parteira e um tanto no hospital)

como eu já tenho o conhecimento de que hoje pra você fazer um parto em casa é muito arriscado principalmente porque, antigamente se uma mulher morresse de parto a coisa era....não era igual é hoje. (técnica em enfermagem do hospital, 56 anos, trabalha desde 2004 na saúde pública do município, nascida com parteira)

A minha leitura dessa fala é que ela aponta também para uma transformação na forma como se percebe/recebe/vivencia a morte. O risco de morrer e também a responsabilização pela morte.

Eu, no meu lugar, se fosse no final da gestação eu ficaria em Cavalcante. Porque a maioria deles tem casa aqui. Umam teimam em voltar pra lá, e eu acho que elas tem que entender que o momento agora é de ficar aqui, é um momento delicado, precisa mais segurança. Eu acho que no final da gestação eu incentivaria muito elas ficarem aqui, mesmo distante da família, dos amigos, dos pais, mas é um momento importante... de ficar num local que tem um pouco mais de recurso. (gestora da saúde, 49 anos, nascida em hospital/cesariana, médica no município há 20 anos)

Na fala acima percebo que o recurso tecnocentrado é mais importante que o “recurso humano”. Ter mais recurso quer dizer ter mais aparatos, estrutura física, e também profissional, na ausência das parteiras mais velhas. O valor está na manutenção da vida biológica e não da vida comunitária. O valor está na manutenção da vida e não no bem viver da mulher. Imagina no último mês de gestação, quando a barriga pesa, tem mais cansaço, emocional sensível, e você ficar em um lugar que não é seu lugar de conforto? Nos relatos das mulheres muitas disseram ser desconfortável essa situação, e muitas relataram que vieram antes, e passou o tempo e acabaram voltando antes de parir justamente por conta dessa dificuldade de estar longe da sua comunidade. Estar na cidade muitas vezes é estar em casa de parentes não necessariamente tão próximos, a questão da comida é algo complicado, já ouvi muitas vezes como quando elas vem pra cidade precisam comprar mais coisas, e isso pesa, ficar muito tempo aqui é um gasto financeiro adicional também.

Obviamente que todas gostariam de estar em suas comunidades e ter o socorro (hospitalar) acessível. Entendo que esse é essa floresta que se almeja. Esse seria o ideal, o acesso à saúde é poder manter(e reinventar, continuar, transformar) os cuidados tradicionais e ao mesmo tempo poder ter o melhor da assistência biomédica disponível.

Também é necessário lembrar que o pré-natal hoje é reconhecido como um dos principais componentes da assistência que contribuem para a redução da mortalidade materna. Entre os benefícios óbvios da ciência biomédica, a vacina contra tétano foi um ganho para evitar mortes de recém-nascidos. E este cuidado não está relacionado com o local de parição, mas sim com o acesso a uma medicina durante a gestação, que inclusive brinda mais segurança para o parto domiciliar.

antigamente cortava com a tesoura sem higienizar, antigamente queimava com cabo de colher quente, hoje não, hoje é no álcool. Antigamente morria muita

criança com aquele mal de 7 dias, e era falta de vacina e também cortar o umbigo, cortava com a tesoura sem esterilização, aí pegava um tétano. Aqui morreu muita criança, antigamente. (Agente Comunitário de Saúde da Capela, 46 anos)

*É muito perigoso. Parir em casa. Parir na roça. Parir. Parir pela vagina. É perigoso parir. É perigoso...* Onde está o mau neste perigo? O mau está no mau do sétimo dia que foi muitas vezes atribuído às medicinas usadas pelas parteiras no umbigo do bebê... O mau está fora do hospital, fora da ciência, fora da profissionalização.

[porque você acha que as parteiras pararam de acompanhar parto?]teve umas que foi alertado que não podia fazer isso, porque em tempos agora as pessoas já pode pegar no pé. Tem uma menina aqui que é agente de saúde, ela mora em Cavalcante. Ela começou fazendo isso aqui, e aí depois o povo falou: “para com isso que isso é risco”. Então tem as pessoas certa pra fazer. E essas outras também porque tava velha, aí parou com isso. É igual benzimento, tem as pessoas que benze, outras já fala que parou de benzer. Porque chega o tempo que tem que haver mudança. [o que acha desse mundo sem parteira?] hoje a gente acha natural, antes era um problema, mas hoje a gente acha natural, não tem diferença mais. Antes tinha que ter. (Moradora da Capela, 65 anos, 3 filhas em hospital, grifos meus)

Quando escuto o relato acima a primeira pergunta que me vem é: será que o apego ao passado, ao tradicional tal como era é algo meu, imerso em crenças brancas cidadinas? Será que para esse município, para essas comunidades, realmente não existe a vontade de que os partos sejam acompanhados por parteira, em casa? Será que não houve um epistemicídio, mas simplesmente uma transformação da tradição? Sem dúvidas o fundamentalismo entendido como uma recuperação acrítica e atemporal da tradição(que será sempre uma reinvenção da mesma), onde não há espaço para a diversidade, é algo típico da colonial-modernidade, é uma resposta bastante branca. Pelo menos na minha experiência de partilha com pessoas de comunidades indígenas e quilombolas eu percebo uma fluidez muito maior que a minha em interagir com “aquilo que vem de fora”. Nesse caminhar também em constante contato com pessoas majoritariamente brancas, que cresceram no mundo do capital alheias à vida comunitária e que

após perceber a falência desse modelo buscam respostas às suas/nossas inquietações e dores nos saberes e práticas ancestrais, percebo que a rigidez fundamentalista é muito mais nossa que das comunidades.

O que busquei nesse capítulo foi refletir sobre o porquê dos partos terem migrado para o hospital em Cavalcante, um município com uma tradição quilombola tão forte. A intenção em comparar os conhecimentos tradicionais e biomédicos não foi de apontar argumentos para escolha de um ou outro, foi apenas para questionar o pressuposto de que “é melhor o parto em hospital”, é mais seguro o parto com médico, enfim, para lembrar que existem alternativas, que não há apenas um caminho. Como será trabalhado mais adiante, não se trata de substituir um pelo outro, isso seria uma resposta da monocultura. Tampouco se trata de ignorar os dados internacionais sobre mortalidade materna e neonatal, mas lembrar que existem inúmeros determinantes sociais em saúde, e que dizer que somente o parto em hospital acompanhado por profissional da saúde é o que garante salvar vidas, é uma falácia.

A conclusão é que de fato houve um epistemicídio e segue em curso a instauração de uma monocultura do parto. Não se pode falar apenas em transformação da tradição quando a palavra medo é uma das mais mencionadas, e por tudo aquilo que foi descrito nessa tese.

## **7.1 O papel da educação formal**

Uma das perguntas dessa tese foi sobre qual o papel da escola, da educação formal, tanto na desvalorização como da valorização de conhecimentos tradicionais, especialmente da parteria. Inicialmente a forma que eu iria abordar em campo esse tema seria fazendo oficinas e entrevistas em escolas de ensino médio. Infelizmente essa parte extrapolou as minhas possibilidades como pesquisadora, com relação a prazos e o nível de complexidade que seria abordar desta maneira o tema. Contudo pude fazer algumas entrevistas com professoras de ensino médio: no Vão do Moleque com três no Vão de Almas com um, e na cidade com uma. Além disso, fui observando esse aspecto nas entrevistas.

Com relação ao ensino médio, as professoras afirmaram nunca terem ouvido nem falado na escola de forma pejorativa das parteiras. Importante ressaltar que todas são professoras que trabalham a poucos anos na rede, menos de 5 anos. Acredito que esse campo não foi suficiente para afirmar que não exista uma abordagem negativa das parteiras nas escolas.

As professoras afirmaram já ter visto e participado de atividades escolares envolvendo conhecimentos tradicionais em outras áreas, como plantas medicinais, alimentação e dança, mas não com relação a parteria. Algumas se animaram a incluir esse tema nas atividades escolares.

Hoje a maioria das comunidades tem ensino médio no território, o que é uma grande conquista, pois antes as pessoas tinham que sair pra estudar, muitas mulheres contam que foram trabalhar como empregadas domésticas na casa dos outros, sofrendo abusos e humilhações para terminar os estudos. Algumas delas hoje são professoras nas suas comunidades.

No Vão do Moleque eu tive uma grande surpresa ao entrevistar professoras do ensino médio, me deparei com a nova modalidade de ensino do governo do Goiás, o Goiás Tec.

Goiás Tec é uma nova forma pras comunidades de difícil acesso, no caso os quilombolas, indígenas, onde eles vão assistir as videoaulas transmitidas por outros professores de Goiânia, por exemplo, e a gente vai mediar esses alunos, ou seja, só vamos passar pra eles as videoaulas em cada disciplina e tem os tempos determinados. Por exemplo, tem lá vamos parar 15 minutos pra fazer a atividade, a gente vai lá, pára a aula, dá 15 minutinhos, responde atividades, se for possível a gente ajuda eles a responder as atividades, ou seja, mediador e ao mesmo tempo professor de todas as disciplinas, porque eu mesma ano passado eu dei aula até como se fosse professora de matemática, [a professora] que é de matemática me ajudou bastante, que eu apanhei de mais, eu sou péssima em matemática. E é mais ou menos isso. (professora do Vão do Moleque)

Elas explicam que é uma proposta do governo do estado do Goiás pra implantação do ensino médio por mediação tecnológica, e um dos objetivos é a familiarização das/os estudantes com a tecnologia. Eu perguntei o que achavam dessa modalidade e uma das professoras respondeu:

no começo eu achei que ia tirar muito a liberdade do professor dele tá ensinando o cotidiano do aluno, porque o aluno só ia tá aprendendo coisa lá fora, porque o professor é de fora. Mas depois eu pensei como tem o mediador aqui ele pode se

refletir naquela explicação e dialogar com os alunos muita coisa da nossa realidade. (professora do Vão do Moleque)

O calendário da escola conta com uma parte itinerante, onde são elaboradas peças teatrais, cartazes e atividades interativas que são levadas para o local do festejo da comunidade, que acontece todos os anos em setembro. Elas contam que geralmente trabalham os conhecimentos tradicionais nessas atividades, mas que especificamente a parteria, ainda não foi tema. Elas falam como é muito presente o uso de plantas medicinais e que “a gente não traz pra escola, mas com os mais velhos a gente conversa, aprende”.

Para nós, porém, o epistemicídio é, para além da anulação e desqualificação do conhecimento dos povos subjugados, um processo persistente de produção da indigência cultural: pela negação ao acesso a educação, sobretudo de qualidade; pela produção da inferiorização intelectual; pelos diferentes mecanismos de deslegitimação do negro como portador e produtor de conhecimento e de rebaixamento da capacidade cognitiva pela carência material e/ou pelo comprometimento da auto-estima pelos processos de discriminação correntes no processo educativo. (Carneiro, 2005, p. 97)

O ensino médio nas comunidades, e sobretudo, o ensino médio com professoras kalungas que se formaram em Educação do Campo e hoje são educadoras nas suas comunidades é uma conquista e um grande passo no rompimento das barreiras de acesso a educação formal e da deslegitimação das negras e negros enquanto portadoras e produtoras de conhecimento. Contudo, o Goiás Tec me trouxe muita resistência no sentido de ser um ensino muito padronizado, uma monocultura todes assistirem a mesma aula em contextos tão diferentes do Goiás. Acredito que hoje as e os estudantes tem diversas formas de se familiarizar com a tecnologia, sem que se padronize e “des-humanize” a educação. Ainda que exista flexibilidade das educadoras trazerem temas específicos, a abordagem educacional está totalmente desconectada com o território e a identidade. O que pra mim, enfraquece a valorização dos conhecimentos tradicionais.

Outro aspecto da educação formal que surgiu e que não foi possível aprofundar, mas aqui é necessário pontuar foi a questão da profissionalização da parteria. Esse é um debate que acompanha os

movimentos de parteiras tradicionais há bastante tempo, sem haver consenso no movimento. Para Cristiane Nascimento(2015), pesquisadora kalunga da Ema, é importante que as parteiras tradicionais recebem maior capacitação, sejam incluídas no sistema de saúde e recebam remuneração. Janete Capiberibe, que já foi Deputada Federal e Vereadora, e parte do movimento de parteiras do Amapá, apostaram nesse caminho, e chegou a elaborar dois projetos de lei que regulamenta a parteria tradicional: um em 2003 e outro em 2015. Nenhum se encontra em tramitação atualmente.

Contudo, parte do movimento de parteiras considera que profissionalizar implicaria em excluir aquelas muitas parteiras ainda vivas que não são alfabetizadas, dificultar o acesso às mulheres das comunidades tradicionais, limitar as práticas das parteiras a partir de uma homogeneização que seria consequência da regulamentação, entre outros argumentos contrários.

Sem dúvida a questão da remuneração é um ponto crucial para a não continuidade da parteria, embora ela não tenha sido mencionada por alguém além das próprias parteiras. Elas não afirmaram que deixaram ou pararam por não receber remuneração, mas falam muitas vezes das dificuldades de ter feito esse trabalho sem remuneração, e afinal, quem vai querer?

Agora a enfermeira é a parteira. (moradora do Vão do Órfão, 35 anos, 3 filhas nascidas em hospital, neta de parteira)

Muitas enfermeiras obstetras hoje se nomeiam e são nomeadas de parteiras ou parteiras urbanas. Outro tema delicado e controverso. A vista desde o meu ponto é que são caminhos de aprendizado e de prática muito diferentes. Mas provavelmente hoje alguma mulher que queira acompanhar partos na comunidade vai buscar seguir esse caminho, que seria o da profissionalização da assistência ao parto, no caso uma graduação em enfermagem e uma especialização em obstetrícia; ou uma graduação em medicina com residência em obstetrícia.

Eu acompanhei o trilhar desse caminho de uma amiga kalunga<sup>50</sup> que se formou em enfermeira obstetra, e tem o desejo de trabalhar nas/para as comunidades kalungas junto com as parteiras mais velhas e usando também os conhecimentos tradicionais. Infelizmente ela esbarrou no fator remuneração, pois no município ela conseguiu trabalhar por pouco tempo na saúde, e não nessa área, já que o

---

50 Infelizmente eu não consegui entrevistá-la especificamente para tese para trazer as reflexões dela. O que trago aqui são reflexões minhas de conversas que já tivemos. Com a autorização dela para escrever sobre isso.

município não tem assistência ao parto oficialmente. Ela acabou mudando para Goiânia onde consegue trabalhos remunerados na área dela.

A história dela mostra essa impossibilidade atual, dada a estrutura da assistência ao parto, de uma mulher da comunidade, mesmo seguindo a profissionalização, atuar na sua comunidade ou para mulheres de sua comunidade.

[porque você acha que não tem mais parteira?] a, tem muita enfermeira hoje. Essas mulher não procura mais ser parteira igual antes tinha, hoje tá todo mundo formando pra enfermeira, técnica em enfermagem, por isso que não tem. (Agente Comunitário de Saúde da Capela, 46 anos)

Uma questão importante com relação a profissionalização é a forma como o conhecimento biomédico invalida o saber tradicional, e portanto, como aceder a ela pode implicar igualmente em um epistemicídio. Como exemplo da inserção do conhecimento biomédico na comunidade e da capacitação que houve de agentes e parteiras está a missão Asas do Socorro.

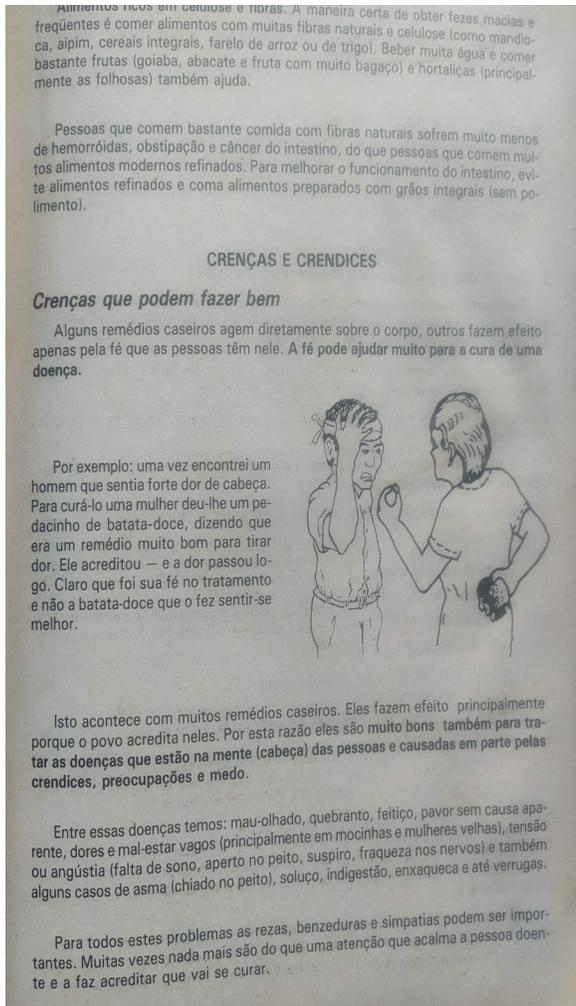


Figura 19: página do livro "Onde não há médico" distribuído pela missão Asas do Socorro em curso para agentes de saúde, provavelmente na década de 80.

naquele tempo eles acreditava muito em macumba, em coisa feita, feitiçaria, e aí minha vó dizia que ela morreu grávida de feitiço. (moradora de São José, 43 anos, 5 filhos, 3 perdas e 2 nascidos em hospital em outra cidade; conta sobre uma tia que morreu durante o parto de gêmeos em uma comunidade entre o município de Teresina e Cavalcante, quando era ela criança)

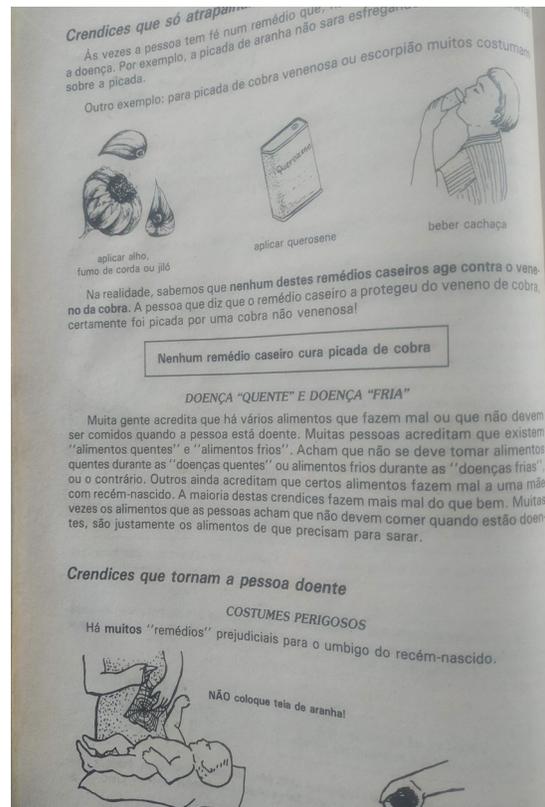


Figura 20: página seguinte do livro: "onde não há médico"

Na imagem anterior vemos um capítulo do livro Onde não há Médico (Werner, David, 1989), usado na formação de agentes de saúde em algumas comunidades. Com o título "Crenças que podem fazer bem", o texto apresenta uma forma de respeitar a sabedoria popular quando o mau-olhado e quebranto são vistos/reconhecidos como doenças, embora a explicação de porque afetam a saúde seja totalmente diferente da explicação tradicional: na versão biomédica seriam doenças que estão somente na mente das pessoas.

Na outra imagem, um trecho com o título “crendices que só atrapalham” vemos uma explicação de que não teria fundamento e seria até prejudicial uma dieta baseada na noção de alimentos quentes e frios para doenças quentes e frias. Se na China ou na Índia tivessem levado a sério este livro, não existiria hoje Medicina Tradicional Chinesa nem Ayurverda, pois ambas trabalham com a noção de alimentos quentes e frios. Cito essas duas por hoje terem um reconhecimento mais aceito na comunidade médica e científica, contudo a maior parte dos sistemas de cura ancestral se baseiam nessa noção de alimentos e plantas quentes e frios, como é o caso da tradição Yorubá presente nos terreiros e em muitos cuidados da medicina kalunga.

Na imagem abaixo é possível ver uma série de “certo e errado” presente no livro. Escrito por um médico que se autoatribui o valor da verdade absoluta, o conhecimento e as práticas de cura vão sendo separadas em certo e errado, monocultura. Ao mesmo tempo que se pretende em diálogo entre conhecimentos, como mostra figura seguinte.

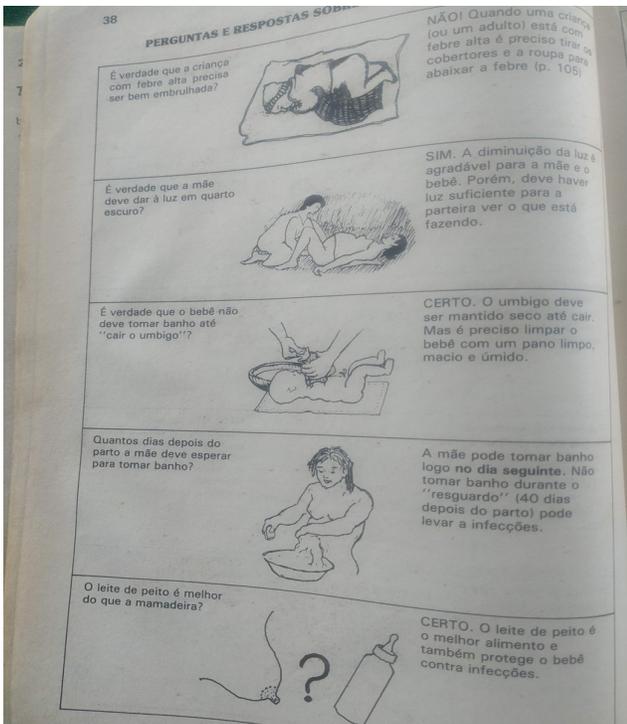


Figura 21: página do livro onde não há médico

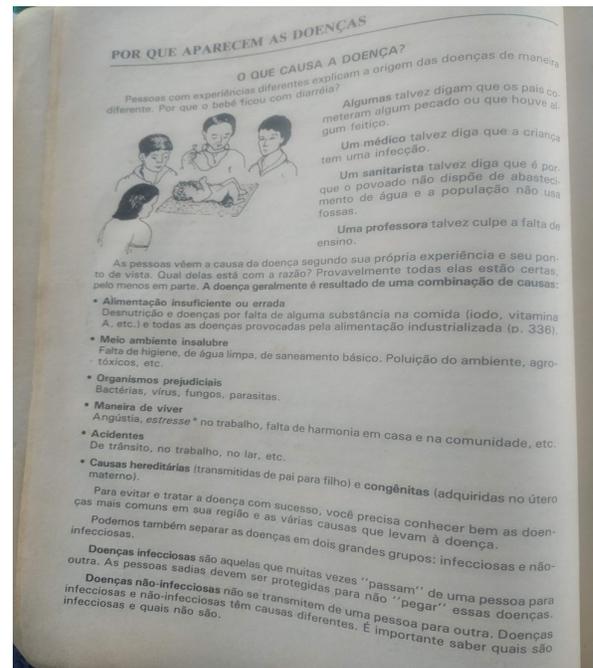


Figura 22: página seguinte livro onde não há médicos

Capítulo 19 PARA A MÃE E A PARTEIRA	
Menstruação.....	271
Gravidez.....	272
Pequenos problemas durante a gravidez.....	273
Sinais de perigo na gravidez.....	274
Gravidez de alto risco.....	275
Atendimento pré-natal.....	276
Cartão pré-natal.....	278
Preparo para o parto.....	281
Sinais de que o trabalho de parto está próximo.....	285
Fases do trabalho de parto.....	286
Como cuidar do bebê ao nascer.....	289
Eliminação da placenta.....	290
Hemorragia.....	291
Partos difíceis.....	294
Cuidados com o recém-nascido.....	297
Doenças do recém-nascido.....	300
A mãe depois do parto.....	304
Febre depois do parto.....	304
Cuidados com as mamas.....	305
Caroço ou tumor no baixo ventre ..	308
Aborto espontâneo.....	309
Menopausa.....	310

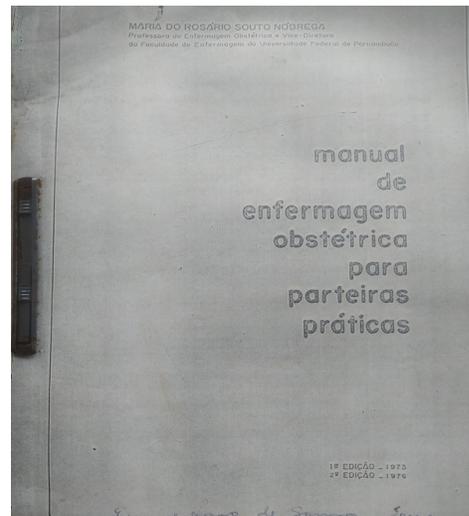


Figura 23: página do livro “onde não há médico”. Figura 24: manual de enfermagem obstétrica para parteiras práticas. Acervo pessoal do agente de saúde do São José. Material distribuído pela missão Asas do Socorro.

O livro distribuído pela missão Asas do Socorro traz dicas para partos complicados, como pélvico, para intercorrências graves como hemorragia. Interessante notar que nos Estados Unidos, onde foi escrito o original, existiu uma política de parto bem diferente do Brasil. Por lá se profissionalizou a parteira independente da enfermagem, e existem cursos profissionalizantes de um ano para se tornar parteira, 6 meses de teoria e 6 meses de prática. O nome do livro chama bastante atenção: onde não há médico. A definição de toda uma realidade construída através da negativa, e entrelinhas: onde não há médico, o médico chega através de uma missão evangelizadora.

O manual de enfermagem obstétrica para parteiras práticas foi outro material distribuído pela missão aos agentes comunitários de saúde. Chama a atenção como o conhecimento médico científico dessa época era menos restrito, como hoje vemos. Por exemplo os agentes de saúde e a comunidade costumam lamentar muito que eles não possam mais medir pressão. As disputas em torno de legitimidade e campo de atuação se acirrou nas últimas décadas.

## 7.2 Desterritorialização do nascimento

Aqui, ali e lá. São três espaços/tempos territorialidades de nascer, parir e viver. Aqui é a casa, lar, extensão do corpo onde a família/comunidade tece uma rede de acolhimento; ali é no hospital de Cavalcante, que pode ser familiar, comunidade estendida, caras e histórias (re)conhecidas, onde é possível chamar o benzedor, é possível iniciar um trabalho de parto em casa, é ali onde os fazeres são outros mas em proximidade com o lar; lá é no conforto, hospital de cidade grande, onde tem todos os aparatos biomédicos que dão a sensação de segurança da vida ao mesmo tempo que traz os sentimentos de solidão.

Ao iniciar essa pesquisa uma das teses principais era entender a desterritorialização do nascimento como uma estratégia de genocídio. Genocídio em seu sentido amplo das múltiplas formas de impedimento de um povo seguir autogerindo sua história como povo. Uma das perguntas das entrevistas era o questionamento de como as mulheres sentiam o fato de suas filhas e filhos terem nascido em outro município.

não interfere, eu gostaria que eles tivessem nascido no município, porque quando vem a naturalidade, a nacionalidade é brasileira, só que a naturalidade não é de Cavalcante já é de outra cidade, mas aquilo eu ponho num primeiro plano, eu lanço assim: como meu município não tinha recurso eu agradeço, eu sinto, de certa forma, gratidão de saber que um município que podia fazer aquilo, disponibilizou em fazer pra outro município. (moradora do São José, 43 anos, 5 filhas, 3 perdas e 2 nascidos no hospital de Campos Belos)

Após ouvir algumas respostas como esta acima, e perceber que, para muitas, a minha pergunta sequer tinha significado, eu fui perguntando menos porque entendi que esse questionamento não tinha ressonância nas pessoas. Se não encontrava ressonância, entendi que não era um “problema”. Aliado a estas respostas, através da minha vivência nesse território nos últimos 7 anos e das leituras que fiz de trabalhos sobre territorialidade kalunga, percebi que a territorialidade aqui não é demarcada em lugar fixo, é característica dela justamente o fluxo e movimento.

Essas dinâmicas se conformam, assim, em redes móveis, mais importantes que a terra, ela própria móvel, sendo o parentesco o instrumento de sua reposição. As práticas de movimentação, orientadas para a reposição dos patrimônios

territoriais, seja em locais já estabelecidos, seja pela abertura de novos espaços, favorecem estratégias diversas e recorrentes de atualização da condição de Kalunga.(Marinho, 2008, p. 162)

Aqui muitas famílias tem sua casa no território rural, trabalham uma roça que nem sempre é contígua a casa, tem casa na rua (cidade), tem um barraco no local dos festejos para onde vão nas romarias, às vezes trabalham em outros municípios e transitam entre esses espaços na cotidianidade da vida.

Segundo depoimentos de idosos Kalunga, sempre houve mobilidade entre os povoados do atual Sítio Histórico Kalunga, como já demonstrado, o que possibilitou a internalização de disposições de conduta comuns entre os moradores da vasta região Kalunga, permitindo a construção de solidariedade e identidade entre essas pessoas que se amparam em origens territoriais divergentes, mas que compartilham por meio da mobilidade do espaço territorial e das significações atribuídas a ele ao longo do tempo um mesmo habitus. (Marinho, 2008 p.101)

Com essa percepção da mobilidade territorial como parte da identidade de um povo, entendi que o nascer em outro lugar entraria nessa dinâmica que já é comum em outros aspectos da vida e portanto não caberia falar em des-territorialização. Por outro lado, embora a dinâmica territorial tenha sempre sido de mobilidade, existe também um êxodo, que é marcado pela entrada do capitalismo e a impossibilidade material de seguir a vida comunitária no território. Vilmar Kalunga, atual prefeito, em seu trabalho de pesquisa sobre a luta pela terra, pontua os objetivos de uma das associações criadas em Cavalcante, a EPOTECAMPO:

Porque juntos podemos diminuir o êxodo rural, para que nossos filhos não sejam obrigados a crescerem longe de nós, em busca de educação e sobrevivência, pois é possível permanecer em nosso habitat, desde que nos seja oferecido oportunidade para viver com dignidade no campo, no lugar onde nascemos, tanto quanto existe na cidade... Muitos de nossos familiares já foram expulsos do campo pelo progresso, globalização, pelo agronegócio, enfim, a Indústria Cultural invadiu por completo as nossas comunidades e as nossas casas.

Não queremos que nossos filhos futuramente ajudem a crescer as periferias das grandes metrópoles. Acreditamos que o campo não é o pior lugar para se viver, e que o caipira não é aquele sujeito desfigurado como tentam demonstrar, é apenas uma pessoa como todas as outras que expressa sua simplicidade e gratidão apenas por estar vivo e com saúde, seu único objetivo é viver a vida que Deus Le deu tranquilamente.( Costa, 2013, p. 48 e 49)

[A senhora sente que o fato dos filhos terem nascido fora, estudar fora, gera uma distancia com o território?] gera distancia e também já fica muito desagarrado, mas mesmo assim eles tem amizade lá, meus netos tudo quer ir pra lá. Todos gosta de lá, tudo tem vontade de ir. (moradora de Cavalcante, nascida e criada em São Domingos, 60 anos, 8 filhas, 6 nascidas em casa e 2 no hospital)

Há nesse relato um reconhecimento que a distância do território abala a comunidade, fica muito desgarrado. O nascer em outro território, assim como trabalhar e estudar, está relacionado diretamente com a impossibilidade ou com a precariedade de fazê-lo no território.

[pra você tem alguma importância seus filhos terem nascido em outra cidade?] não, pra mim eu achei até melhor porque Cavalcante não tem estrutura pra nada, aí pra mim é até melhor ir pra uma cidade que tem mais estrutura, que tem tudo preparado, se caso acontecer alguma coisa, precisar de uma cesareana de emergência. (moradora do vão de almas, 25 anos, 5 filhas nascidas em hospital)

Sair do território e da rede comunitária para parir gera insegurança em muitas mulheres.

no mês deu ganhar aconteceu uma acidente com um primo meu na roça, e mandaram ele pra mim, eu levei ele no hospital, aí falou que tinha que sair com ele urgente, e eu tinha que achar alguém pra sair com ele porque eu já tava nos dias de ganhar. Eu rodei Cavalcante inteiro, ninguém podia ir, aí eu falei: eu tenho que ir. Eu fui, só peguei meu cartão de pré-natal pus na mochila, peguei algumas roupas e fui. Aí a gente chegou em Brasília 10 horas da noite, ele entrou na sala de cirurgia 2 da manhã e saiu as 6 da manhã todo entubado. Eu pensei comigo: "meu deus!" \_ porque para eles lá na roça hospital nem pensar, tudo é remédio caseiro, aí quando ele saiu de sonda, desacordado com aqueles

aparelhos, eu pensei: "meu deus meu tio vai me matar se esse mininu morrer." Aí o médico falou: "ele vai ficar aqui em observação, se der certo até 10 horas ele vai pro quarto normal". Daqui um pouco ele começou a mexer. Aí ele ficou se alimentando de sonda. Passou mais um tempo. Aí no quinto dia eu fui no banheiro, saiu uma gosma com sangue. Eu falei: pronto, agora vai nascer aqui. Aí eu comecei a pensar: "meu deus eu vou morrer, minha filha vai ficar aqui e ninguém vai procurar por ela". Eu já comecei a sofrer com isso, que eu não quero ganhar minha filha aqui, quero ganhar lá, porque se acontecer alguma coisa, tá na minha cidade, é perto, não corre o risco dela ficar no hospital, alguém da minha família vai lá e pega ela, agora aqui pode até ir a criança errada. Tudo isso eu pensava. E fiquei, aí voltei, a enfermeira disse você não pode ficar aqui, vamu ligar pra Cavalcante pedir pra alguém vir. Aí meu tio já tinha vindo da roça[estava em Cavalcante] eles conseguiu pra ele ir pra mim ir embora. Quando foi umas 10 e pouquinho a enfermeira foi lá e falou: "a ambulância já saiu de lá, seu tio saiu já e ta vindo". Aí eu comecei a sentir dor, só que eu pensei: eu não vou falar se não eles não vai me levar, vão me deixar aqui, eu não vou falar que eu to com dor, nem que eu ganhe no meio da estrada. E fiquei e a ambulância não chegava, aí eu falei: que demora, quando chegar eu já ganhei essa menina, eu não quero ganhar aqui. Aí quando foi duas horas a ambulância chegou, aí ela falou: "você desce explica pro seu tio como seu primo tá pra ele não assustar e sobe quando ele, aí quando ele subir você deixa ele aqui e você pode ir embora." Aí desci, conversei com ele [isso tudo disfarçando a dor?] Aham. Aí quando eu desço o motorista da ambulância: "não eu tenho que esperar um paciente que vem de Goiânia e só chega 5 horas." Eu falei: eu não acredito. Aí ele falou: "você volta lá pra cima, fica lá porque se atrasar eles vão te dar lanche ainda, porque você vai tá." Eu subi e fiquei lá sentada na cadeira, aí levantava ia no banheiro, e a dor cada vez só aumentando. Aí deu três horas, quatro horas cinco e meia, e nada, e o motorista sumiu. Aí deu seis horas pegamos o telefone e ligamos e falou que tinha atrasado mas que ia. Quando foi sete horas ele veio, nós fomos. No caminho a mulher acendeu a luz, falou: "nossa, você tá com a cara muito feia, você ta com dor?" Eu falei: "não, tô não, é cansaço mesmo." Porque ainda tava

perto, senão iam voltar comigo. Aí quando chegou na Vila[bairro de Cavalcante] passou na casa dela que abriu a porta ela falou: “você tá com dor!” Aí eu falei: “realmente, desde lá.” Ela falou: “você é doida, você tava no meio de conforto, você saiu de lá pra vir praqui. E se acontecer alguma coisa no seu parto e você ter que voltar dinovo? Você não imaginou isso?” Falei: “não, não imaginei isso não.” Ele falou: “você quer ir pro hospital?” Eu falei: “não, quero ir pra casa ver minha filhas.” Eu falava assim: vai que eu morro e eu não vi minhas meninas. Aí fui na casa da vó delas fiquei um tempo com elas, ela fez remédio eu banhei e nós duas subimos pro hospital. Aí chegou no hospital, eu fiz a ficha, me internaram, aí como já tava muito tarde, todo mundo dormiu, só ficou eu e uma senhorinha no quarto e a dor só aumentando. Teve uma hora lá que tava muito forte mesmo, eu falei pra ela: “tem como você chamar o médico que eu acho que minha filha vai nascer?” Ela falou: “eu não posso ir chamar não. E eu não sei o que vai acontecer, imagina se não nascer a placenta e ter que levar você pra Campos Belos” e ficou falando um monte de coisa, me colocando mais medo. “Porque pra nós lá na roça quando acontece isso a mulher tem que soprar garrafa e aqui deles é faca, e aqui não corta, vai ter que levar você pra Campos Belos” e eu : meu deus! é hoje que eu vou morrer. Aí se eu já tava com medo, eu coloquei na minha cabeça que eu ia morrer. Ela nasceu e o coisa [placenta] ficou dentro. Nasceu sozinha na cama. Aí a outra que tava do outro lado veio, e ela saiu no corredor correndo e chamou o médico. Aí o médico chegou com aquelas mãozona que até hoje eu tenho pavor quando eu vejo, aí ele enfiou uma mão aqui assim que eu senti que pegou nas minhas costelas, eu dei um grito que acho que acordou o hospital inteirinho, e puxou com a outra, aí saiu. (Moradora da cidade de Cavalcante, 38 anos, 3 filhas nascidas em hospital, neta de parteira)

O relato anterior nos mostra uma história que conta sobre a realidade da assistência a saúde nos interiores do Brasil, desde um ponto de vista bastante pessoal, em detalhes os dilemas de se sair da roça para o hospital, as dinâmicas familiares que exige, os conflitos morais, os medos, as questões financeiras. Especialmente com relação ao parto, retrata um momento em que se havia mais desconfiança do “fora” a insegurança de se estar em um território desconhecido, estrangeiro. Esse parto foi há 15 anos atrás, em

2007. Houveram outros relatos do início dos anos 2000 de mulheres que estavam em outras cidades onde havia conforto, ou seja, hospitais equipados e com profissionais para fazer uma cesárea caso fosse necessário, e elas resolveram ir pra Cavalcante, seja pra ganhar em casa ou no hospital, mas para estar na segurança da comunidade.

eu pensei em ter um menino em casa por causa do sofrimento nos hospitais. No parto dela eu sofri muito. Eu cheguei em Niquelândia pra ter esse menino, o médico simplesmente ele me maltratou demais. Falou que aqui não tinha o que fazer, falou que os povo do quilombo não tinha o que fazer tinha que comprar televisão, só sabia parir. Ele tentou enfiar a mão dentro de mim. E eu sempre fui grossa, não vou mentir, sempre fui estúpida nesse ponto. Eu lembro que eu empurrei ele e falei: "ó, tira a mão de mim, deixa eu ter meu filho só com as enfermeiras aqui, tira a mão de mim". Ele me chamou de cobra, ele falou: "essa cobra, ela não chora nem na hora de parir, isso é tão ruim, olha a gordura dessa gorda". Eu fui tão humilhada, eu chorava, na hora parece até que eu esqueci da dor, de tanto que ele me humilhou. Lá tinha outras mulheres lá pra ganhar e eu percebia que ele só humilhava eu, não sei se por minha cor, não sei. Eu só sei que fui bastante humilhada, e os três partos foi com ele, tive três partos com ele. Ele faz é socar a gente, e revira [falando do toque], ele é estúpido demais.

[você pensou em denunciar ele?]

sim, mas eu não fui em frente porque outras mulheres já tinha feito a mesma coisa e ninguém tinha conseguido tirar ele. E pra você ver que ele trabalha em outro hospital no particular lá, e é um ótimo médico lá, só no público que ele é assim. (moradora da Capela, 37 anos, 7 filhas nascidas em hospital)

Quando o parto sai do contexto do quilombo está sujeito aos racismos mais escancarados. A desterritorialização também é acompanhada pela vulnerabilização frente ao racismo institucional. O olhar "de fora", de profissionais que não vivem a cultura quilombola, estigmatiza e não presta a devida assistência, porque não conhece ou porque discrimina. Infelizmente a cultura médica no Brasil está imersa na cultura da elite branca, e ambas completamente ancoradas no discurso e prática racista e civilizatória da nação. Com a histórica luta dos povos negros e indígenas pela educação e inserção em

profissões antes completamente branqueadas e elitizadas, hoje é possível ver uma maior diversidade de profissionais médicos. Mas ainda é muito pouco, e esses são ainda formados por aqueles e aquelas que se formaram no âmago da elite branca. O olhar sobre o corpo da mulher, sobre o corpo da mulher negra, sobre o corpo da mulher quilombola, sobre o parto da mulher negra da roça é exotizante, algo completamente diferente se comparado aos partos dentro da comunidade, onde a mulher era enxergada em suas necessidades por seus pares. Ainda que também tenha seus desafios dentro das dinâmicas comunitárias quando há dissidência.

[você chegou a pensar em ter filho em casa em algum dos partos?]  
 Eu tenho medo de filho em casa, demais, nunca tive coragem de ter filho aqui não. É por causa da minha mãe que sofreu muito, dois meninos já que nasceu morto. Aí minha vó me conta, a parteira que pegou também, 'não, sua mãe sofreu demais'. Aí eu fico com medo de sofrer também. Porque no hospital já é difícil. Mesmo que aqui, tem uns povo que acha que é melhor porque aqui tem os remédio natural que dá pra gente pra nascer logo, mas mesmo assim eu nunca tive coragem de ter aqui, tenho medo. Porque também as parteiras de hoje não é igual antigamente, antigamente tinha mais fé delas conseguir mais. Eu fico com medo também porque assim, essa que pegou o filho da minha mãe mesmo, ela ficava "faz isso pra mim, porque se não fosse por mim sua mãe estava morta hoje", dizendo que ela que salvou minha mãe parindo, então eu fico com medo da gente ganhar filho aqui e depois ficar jogando na cara da gente que a gente tem que agradecer, e no hospital não vai acontecer isso. (Moradora do Vão de Almas, 24 anos, nascida em mãos de parteira, mãe de 4 nascidos em hospital)

Nesse relato é possível perceber essa outra faceta da dinâmica comunitária. Das 78 entrevistadas, duas mencionaram como uma carga negativa essa reciprocidade pro resto da vida. A possibilidade de sair e ser assistida por profissionais que não têm vínculos comunitários também pode representar maior liberdade<sup>51</sup>.

A pesquisadora Naiara Neves(2019) reflete sobre os processos de transformação da forma de parir nas comunidades quilombolas Engenho da Ponte e Kaonge em Cachoeira, e Acupe, São Bráz, Derba e Pedra em Santo Amaro, todas na Bahia. Na sua forma de contar, muitas pareências com as

---

51 Embora desconfie se é exatamente liberdade.

histórias daqui, um processo similar de “desaparecimento da prática do parto tradicional e popularização do parto hospitalar”(p. 125):

que significou a perda da reciprocidade e dos laços de parentescos contraídos a partir da parturição dita tradicional; a criminalização, perseguição, desvalorização e subjugação das parteiras frente ao Estado, a saúde institucionalizada e aos profissionais de saúde; vulnerabilidades relacionadas a violências de gênero, de raça e obstétrica associadas; o hiato entre gerações de parteiras que não conseguiram formar de fato suas sucessoras; e o desaparecimento gradual das figuras das parteiras e de um saber e prática específicos.(Neves, 2019, p. 135)

Ela menciona a transformação da assistência ao parto como algo atrelado às disputas territoriais em torno das comunidade quilombolas.

Higienizar, sanear, medicalizar, hospitalizar e mercantilizar a saúde e os partos significou nestas localidades um desalinhar de parte dos sentidos que trançam o tecido social, cultural e político que as sustenta. Foram estratégias que podem ser compreendidas no âmbito das disputas de terra características do Brasil desde a colonização, das disputas por uma narrativa única, embranquecida e masculina, de país. Estratégias de controle social, dos corpos e das vidas mulheres, principalmente das mulheres negras e quilombolas. (...) as mulheres das comunidades quilombolas locais ao chegarem nos hospitais da região são maltratadas e violentadas pelos profissionais de saúde ao serem identificadas enquanto mulheres quilombolas(...) Os territórios em disputa na região não são simples perímetros de terra, são “terras de preto” envolvidas em constantes disputas em torno de posse, usos, costumes e definições conceituais e jurídicas, e sentidos históricos. (Neves, Naiara, 2019, p. 141)

Li esse artigo em um momento que havia de certo forma abandonado, ou deixado de lado a vontade de escrever sobre a desterritorialização do nascimento, pela aparente falta de ressonância nas pessoas que entrevistei. Ao perceber que outra pessoa teve uma percepção parecida em uma comunidade quilombola, resolvi retomar esse debate como sim algo importante para a entender as transformações sociais do município.

Nesse sentido, falar em desterritorialização do nascimento como estratégia de genocídio não quer dizer que existe necessariamente alguém sentado atrás de uma mesa tramando o fim do povo kalunga e vendo que a mudança na forma de parir e partejar contribui pra esse fim (embora também não queira dizer que não existe). Mas que essa realidade, ao afetar toda a rede do tecido social em torno do cuidado comunitário que envolve o parto; ao obrigar as mulheres a buscarem redes de apoio fora de seus territórios, e a passarem literalmente mais tempo fora do território físico por conta dos pré-natais e da espera do parto e da recuperação para poder voltar; ao retirar o cuidado da alimentação nos primeiros dias da comunidade...vai abrindo um vazio territorial. Aquele ambiente físico de interação não apenas humana vai se esvaziando de presença e sentido. Já se cria menos galinha, se planta menos as plantas necessárias no parto, se celebra menos a vinda daquela criança como parte de uma rede ampla, e não apenas de uma família nuclear.

A frente colonial estatal capitalista se emaranha e abala laços comunitários minando de múltiplas maneiras a vida e a possibilidade de vivê-la em sua plenitude (Segato, 2014, p.604). Todas essas maneiras são formas de genocídio, pois impossibilitam o florescer da vida de um povo. O momento do parto é um dos primeiros contatos que temos de corpo nessa terra.

O vínculo com o território terra é enfraquecido ao mesmo tempo que o vínculo com o território corpo também o é, porque se *antes* as mulheres se sentiam acompanhadas por outras, mas também muitas se sentiam aptas a parir sozinhas e cuidar de tudo que fosse necessário, porque sabiam fazê-lo, agora as mais jovens tem cada vez menos conhecimento sobre o próprio corpo, e provavelmente outra corporalidade.

Não posso ignorar o relato das mulheres sobre como as equipes de saúde percebem sua corporalidade, e o relato das equipes de saúde\_não só de quem conversei, mas de outros trabalhos e encontros\_ sobre a forma de parir das mulheres negras da roça, quilombolas. O que leio dessas interpretações sobre a corporalidade delas é que elas tem maior segurança e “consciência corporal” do processo da parição. É lógico que a leitura dessa corporalidade é totalmente atravessada pelo racismo patriarcal, quando profissionais da saúde entendem que elas são “mais naturais”(mais selvagens), que não sentem dor, que não precisam de ajuda, que não tem higiene, etc. Mas acredito que a percepção delas mesmas quando olham para o lado e se veem diferentes das outras mulheres nas maternidades diz sobre uma experiência de corpo própria no ato de parir.

O corpo não é um recipiente onde a cultura é despejada, nem é uma máquina guiada por códigos genéticos que funciona bem ou mal de acordo com a manutenção dada por hábitos (alimentação, atividades físicas, etc.). O que é o corpo? Não há um consenso conceitual de toda humanidade sobre o que é corpo. E percebo que a interação dos corpos humanos com o mundo\_ que é também permeada por cada contexto cultural, histórico, geográfico\_ resulta em corporeidades diferentes.

A primeira Marcha Nacional das Mulheres Indígenas, em 2019, trouxe como tema “Território, nosso corpo, nosso espírito”, em seu documento final dizem:

A vida e o território são a mesma coisa, pois a terra nos dá nosso alimento, nossa medicina tradicional, nossa saúde e nossa dignidade. Perder o território é perder nossa mãe. Quem tem território, tem mãe, tem colo. E quem tem colo tem cura. Saibam que, para nós, a perda do território é falta de afeto, trazendo tristeza profunda, atingindo nosso espírito. O sentimento da violação do território é como o de uma mãe que perde seu filho. É desperdício de vida. É perda do respeito e da cultura, é uma desonra aos nossos ancestrais, que foram responsáveis pela criação de tudo. É desrespeito aos que morreram pela terra. É a perda do sagrado e do sentido da vida. (Documento final da Marcha das Mulheres Indígenas: “Território: nosso corpo, nosso espírito”, 2019)

Minha leitura do que já ouvi sobre a noção de corpo-território se refere tanto a interconexão dos seres não humanos com os humanos, como também a processo histórico cultural das mulheres defenderem seus territórios e comunidades, como dito acima, que são a própria vida. E não é a toa que uma estratégia bélica patriarcal de longa data é atacar os corpos das mulheres como forma de controle e tomada de poder sobre um território.

Segato (2005) ao refletir sobre os feminicídios em uma zona fronteira percebe que é mais um exemplo dessa disputa por território e poder inscrito no corpo das mulheres. Na história, vemos que territórios invadidos por forças militares sempre ocorre o estupro de mulheres. Esses são dois exemplos extremos da forma como o corpo da mulher, entendido simbólica e materialmente como território, é posto como alvo em disputas territoriais.

Mas existem formas menos diretas de que isso acontece, o controle sobre a reprodução é uma delas. O que entendo aqui a partir da leitura desse território é que o parto sair do território-terra implica

também em se deslocar do território-corpo, de forma que a vida fica totalmente dependente dos aparatos tecnocráticos e institucionais, das comidas compradas. Ao enfraquecer tanto o tecido social no território-terra, como do vínculo do corpo-mãe com ela, se enfraquece o território vivo, ou a vida-território, deixando-o mais vulnerável a expropriações.

[porque você acha que não tem mais parteira acompanhando parto?]

porque agora tá mais evoluído, tem doutor e tudo. Não pode agora mais uma mulher fazer um parto sozinha numa casa sem ir no médico. Mas uma mulher aí ganhou uma menina, se você vê o buraco onde ela ganhou, ela sozinha, no outro dia ela pegou essa menina cedinho, botou nos braços sem mamar sem nada, e foi a pé pra Cavalcante, chegou até na Lajinha a pé\_é looonge minha fia, é longe da onde ela veio\_ com a bebezinha, de resguardo, não podia nem dar de mamar pra menina porque ela tinha que tomar uma injeção que a menina não podia mamar antes dela tomar a injeção. Aí chegando lá na lajinha é que alguém pegou ela e levou pra Cavalcante. Aí é sofrimento né? (moradora da Capela, 69 anos, 14 filhas, todes nascides em casa, 7 nascides no Órfão)

O relato acima traz, além do elemento da crença na evolução civilizatória do ideal colonial, a questão da proibição, e ainda a transformação não apenas do parto assistido por parteira, mas também da rede comunitária de apoio. Eu entrevistei mulheres que relataram haver parido sozinhas, sem parteira, mas sempre com gente em casa, sempre ao menos uma pessoa que pudessem chamar. Esse foi o único relato das 76 mulheres e mais de 300 histórias de parto que ouvi de alguém que pariu sozinha de tudo em casa na roça. Isso foi há poucos anos, essa história me foi contada também pelo agente de saúde e outras moradoras a mencionaram. E fala pra mim sobre o desmantelamento da rede comunitária, embora não seja total, já que ela conseguiu ao menos uma carona.

A mulher mencionada tem hepatite B, entre as medidas recomendadas pra evitar a transmissão vertical (mãe-bebê) do vírus, duas muito importantes são a vacinação e administração de Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B nas primeiras 12(ideal) ou 24 horas de nascimento(Fundação Oswaldo Cruz, 2021). Pelos relatos, o bebê ficou bem, ou seja, mesmo ela ganhando na roça, sozinha, sem transporte, com hepatite B, ela e o bebê ficaram bem. Não a entrevistei pra saber o que aconteceu, se ela decidiu ficar em casa, se veio antes da hora, se ela não conseguiu transporte... mas, sem dúvida, para a saúde e conforto dela e da bebê não foi o mais adequado caminhar tanto no pós-parto imediato.

A extinta política federal de assistência ao parto, Rede Cegonha, previa entre suas frentes ações para a vinculação da mulher ou pessoa gestante durante o pré-natal com a maternidade onde será o parto. A vinculação territorial da gestante para atendimento em rede visa entre outras coisas evitar a peregrinação da mulher e da criança (Santos, Serafim Barbosa dos; Souza, Kleyde Ventura de, 2021). Além disso para muitas mulheres saber onde vai parir, conhecer e ter vínculo com espaço e equipe é narrado como um diferencial para a sensação de segurança e tranquilidade. Isso não ocorre em Cavalcante, e foi apontado por algumas enfermeiras do pré-natal como um fator que gera ansiedade nas mulheres e profissionais da saúde. É uma das razões apontadas para as gestantes terem o costume aqui de ir “de última hora” para o hospital, buscam a chance de parir em seu município.

A desterritorialização do nascimento vulnerabiliza a saúde das gestantes. O Estado foi o principal agente na ruptura da assistência ao parto por parteiras tradicionais, e o que oferece hoje a nível institucional é um vazio assistencial ao obrigar as mulheres a serem atendidas em outros municípios. A forma como está a (des)assistência ao parto em Cavalcante é uma grande violação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. É urgente que o Estado se responsabilize e se comprometa com uma assistência digna ao parto e nascimento nos municípios com populações pequenas.

Uma pergunta que fica como reflexão sobre o controle da reprodução, e logo do corpo das mulheres, nas disputas territoriais é: há um risco de morte muito maior em acidentes com veículos do que em partos. Mas não é proibido a circulação de veículos motorizados em cidades onde não há um centro cirúrgico. Porque então há uma coibição tão grande sobre onde e como parir?

o povo quer ter os filho aqui nascido em Cavalcante, aí ganha pra lá é candango, é Campos Belos, é Arraias....não gente, se tem como organizar pras mulher parir aqui é ótimo. (técnica em enfermagem do hospital, 56 anos, trabalha desde 2004 na saúde pública do município, nascida com parteira)

## 8. Justiça reprodutiva: regeneração do corpo-território

*Erva daninha nunca morre, sempre floresce (coletivo  
Mala Hierba, Honduras)*

Fogo!... Queimaram Palmares,  
Nasceu Canudos.

Fogo!... Queimaram Canudos,  
Nasceu Caldeirões.

Fogo!... Queimaram Caldeirões,  
Nasceu Pau de Colher.

Fogo!... Queimaram Pau de Colher...  
E nasceram, e nasceram tantas outras comunidades que os vão cansar se  
continuarem queimando.

Porque mesmo que queimam a escrita,  
Não queimarão a oralidade.  
Mesque que queimem os símbolos,  
Não queimarão os significados.  
Mesmo queimando o nosso povo  
Não queimarão a ancestralidade.  
(Nêgo Bispo\_ Antônio Bispo dos Santos)

Parteira muito boa era minha mãe e remédio demais ela fazia, tudo que eu aprendi foi com minha mãe. Do parto entendo tudo quanto é coisa, só não tenho a coragem de pegar o filho. (moradora de Cavalcante, nascida e criada em São Domingos, 60 anos, 8 filhas, 6 nascidas em casa e 2 no hospital)

[pra senhora como é esse mundo agora aqui sem parteira?] é difícil, ninguém num vê mais [parteira], agora pra falar assim: "hoje tem uma parteira boa", você não vê mais, ninguém vê nem mais falar. **Disse que vai vir dinovo... vai existir...** diz que lá em Planaltina-DF, diz que lá tem uma casa, tava passando um dia mostrando, que tem uma casa lá agora que vai existir isso, vai fazer isso agora, vai ter os cursos das mulher, das benzedeira, das mulher que benzia pra

ganhar neném, tava passando, mostrando isso. Eu acho bom. (moradora da Capela, 64 anos, 4 filhas, 2 nascidas em casa com parteira, 2 em hospital)

Houve um epistemicídio e está em curso a imposição de uma monocultura na assistência ao parto no Brasil. Em Cavalcante, essa monocultura tem como estratégia a desterritorialização do parto e nascimento, o que vem causando grande impacto na saúde das mulheres e pessoas que parem, bem como em todes que delas nascem. O cerrado onde vivo agora foi pasto há pouco tempo. Observo sua regeneração, sem interferir nela. Quem aqui chega, sem conhecer muito, nem percebe que é uma mata jovem, pensa que é uma mata antiga. Vandana Shiva entende que o papel dos/das/des humanes é um fio no processo de regeneração da terra:

O primeiro trabalho será feito pela Terra, só precisamos estar por perto para desempenhar nosso papel nessa regeneração. E, comparado ao que a Terra pode fazer, nosso papel é pequeno. Foi o que os povos indígenas entenderam: que eles não são os mestres ou os artífices da teia da vida, mas são um fio nela, e seu trabalho é não causar danos e curar quando necessário. Nosso trabalho agora é curar o planeta, curar e descolonizar nossas culturas. (Shiva, 2021 *apud* Lima, Juliana Domingos, 2021 p.1)

A autora foi uma das que me ensinou que os ciclos da terra respeitam o tempo de regeneração da mesma, algo que o capitalismo patriarcal racista vem ignorando e impondo ciclos que não respeitam este tempo.

Nêgo Bispo chama a atenção para o fato de os territórios e comunidades quilombolas e indígenas não terem sido colonizados, mas sim atacados pelo colonialismo, e que, portanto, não se pode falar em decolonizar essas pessoas, comunidades e territórios (Bispo, Nêgo. 2022). Formado majoritariamente por uma população quilombola, Cavalcante foi e está sendo atacado pela imposição de uma monocultura na assistência ao parto. Porém houveram e há múltiplas estratégias de resistência que fazem com que ainda muitos saberes e práticas em parteria estejam vivos na comunidade.

Nêgo Bispo (2022) complementa ainda a reflexão anterior dizendo que quem tem que decolonizar são aqueles que foram colonizados. Atenta ao que esse mestre ensina, me percebo distinta da maior parte das minhas interlocutoras dessa pesquisa porque eu sim fui colonizada e precisei buscar

decolonizar como um caminho que se faz ao caminhar. E ao que percebi, uma parte considerável das profissionais de saúde que atuam no município encontram-se nesse mesmo lugar que eu.

Penso que regenerar talvez seja ajudar a germinar a semente que já tá na terra, ou ajudar o toco da capoeira a rebrotar. Escutar as formas de resistência e resiliência do território (sementes crioulas), bem como os desejos de futuro (adubo orgânico) para encontrar estratégias (água) que contribuam para a recuperação da diversidade da assistência ao parto no município. O caminho que almejo é rumo a uma justiça reprodutiva que favoreça o bem viver no território.

O termo justiça reprodutiva aponta a indissociabilidade entre saúde, direitos sexuais e reprodutivos e justiça social (Santos, Jussara Francisca de Assis dos, 2021). Pode ser entendida como “direito humano de se manter a autonomia corporal pessoal, de ter filhas e de não ter filhas, e de educar os/as/es filhas que temos em comunidades seguras e sustentáveis” (Coletivo Margarida Alvez, 2020, p. 8). Ou ainda como “o completo bem-estar físico, mental, espiritual, político, social e econômico de mulheres e meninas, com base na plena realização e proteção dos direitos humanos das mulheres” (Ross Loretta s.d, *apud* Oliveira, Rayane Noronha, 2022, p.246).

A formulação de justiça reprodutiva incorpora explicitamente e de modo mais amplo a necessidade de garantia de direitos sociais e econômicos em aliança aos direitos sexuais e reprodutivos, que não se viabilizam sem condições estruturais que sustentem a sobrevivência das mulheres. (Brandão, Elaine Reis; Cabral, Cristiane da Silva., 2021 p.7)

No Brasil, nas décadas de 80 e 90 enquanto movimentos e grupos organizados de mulheres negras denunciavam a esterilização em massa de mulheres negras (Damasco, Mariana Santos; Maio, Marcos Chor; Monteiro, Simone, 2012), em Cavalcante, sobretudo na década de 90, as mulheres, majoritariamente negras, começam a buscar hospitais para parir motivadas pelo acesso à esterilização. Segundo os relatos, nesse período havia muito medo e notícias de complicações cirúrgicas, mas ainda assim, algumas mulheres buscaram a via de parto hospitalar para aceder a esse controle de natalidade. Também ouvi alguns relatos sobre essa decisão não vir da mulher, mas de ser algo “sugerido” por profissionais da saúde. Numa das comunidades da região, o agente de saúde chegou a mencionar que as mulheres não estão mais querendo reproduzir, que a maioria da comunidade está operada.

A denúncia da esterilização em massa, que culmina na abertura de uma CPMI em 1991, traz a discussão da justiça reprodutiva, uma que vez que coloca em evidência que não existe autonomia reprodutiva sem justiça social. Mulheres que decidem pela esterilização definitiva por não ter condições materiais para criar nove filhos, não estão fazendo escolhas autônomas. As ativistas desse período lançaram mão de pesquisas nacionais e internacionais e questionavam a ausência, ou melhor, a falta de acesso de mulheres negras a outras formas de controle da natalidade que não fossem definitivos. Embora o resultado da CPMI tenha sido de não confirmação de um recorte racial na esterilização definitiva de mulheres no Brasil<sup>52</sup>, levantou discussões fundamentais, como a necessidade de implementação do quesito cor em registros de saúde no país para elaboração de dados. Além de ter contribuído para posteriores leis acerca do consentimento de esterilização cirúrgica (Damasco; Maio; Monteiro, 2012).

O termo justiça reprodutiva refere-se não apenas ao ato de gerar e parir, mas também ao direito das mulheres de criarem suas filhas e filhos com segurança e vê-las crescer. Nesse sentido, refere-se especialmente à maternidade negra e à luta contra o genocídio da população negra. Expande o olhar sobre direitos sexuais e reprodutivos, que teve em suas pautas muitas vezes um viés individualista e liberal acerca dos direitos, para focar na justiça social (Anjos, Simony dos, 2021; Noronha, Rayane, 2016). Feministas como Jurema Werneck, Fátima Oliveira, Sueli Carneiro e Angela Davis (1981) são consideradas algumas das precursoras deste debate. Fizeram análises fundamentais da intersecção de classe, raça e gênero com relação às lutas por maternidade voluntária e controle de natalidade.

quando o meu filho morreu de meningite, eu me culpei muito. Eu me culpei muito porque no momento que eu vi meu filho [tinha um ano e um mês] ali naquela ambulância acabando ali na minha frente, sem nenhuma enfermeira me ajudar, que eu pedi Deus falei: “meu deus pega minha alma pra o senhor e devolve a vida do meu filho”. Eu falo pras minhas filhas: se vocês pensar de ter, faz tudo pra não perder. Você sabe porque eu me culpo? Porque naquele dia mesmo que ia ser ruim pra mim porque eu poderia sair dali presa, mas naquele dia que eu cheguei ali em Colinas com meu filho com sintoma de meningite bacteriana, porque eu sabia que era. Sabe porque que eu sabia? porque que essa minha filha de 19 anos deu meningite bacteriana 2 vezes. Quando eu vesti a

---

52 Que a CPMI não tenha confirmado o recorte racial na esterilização definitiva em massa, não quer dizer que o mesmo não tenha acontecido. Uma das razões da “não comprovação” foi a ausência de dados oficiais com recorte racial. Por isso mesmo, o debate em torno dessa temática e a abertura dessa CPMI foi um dos propulsores para a inclusão da raça nos instrumentos de sistematização de dados da saúde.

roupa nele que eu suspendi a cabecinha dele pra colocar a gola da blusa, ele gritou, eu já tinha levado ele três vezes no hospital e o médico falando que era infecção de garganta. Eu falei assim: "eu trouxe meu filho aqui dinovo pra vocês fazer o teste da meningite nele. Meu filho tá com sintoma de meningite doutor". Ele virou pra mim, doutor Sebastião, eu falo o nome dele assassino, doutor Sebastião ele virou pra mim e falou: "você é médica? pra quê que você trouxe ele aqui então?" Eu falei: doutor eu tenho uma filha que já deu duas meningite, eu vesti a blusa no neném e ele sentiu o mesmo sintoma dela. Só isso, eu to pedindo ao senhor pelo amor de deus faz o teste de meningite no meu filho." Ele levou ele pra dentro mexeu, o bichinho já molinho, ele falou assim: "ele tá com infecção de garganta, mas vou te dar o encaminhamento pra Niquelândia só pra você tirar suas dúvidas." Colocou ele dentro da ambulância, quando eu cheguei em Niquelândia o médico não deixou nem eu descer da ambulância, falou assim\_ porque o olhinho da criança quando tá com meningite já fica vesgo\_ ele olhou o olhinho dele e falou assim: "Essa criança tá com meningite, pode correr pra Goiânia com ele agora, coloca o oxigênio nele e pode ir pra Goiânia". A enfermeira não colocou o oxigênio nele, a enfermeira não foi lá atrás comigo pra me ajudar, e aí a gente seguiu. Aí eu me culpo naquele dia porque se eu tivesse feito um barraco mesmo...sabe qual foi o momento que ela foi atrás? No momento que tava chegando no materno infantil já, aí ela correu e entrou na ambulância. Meu filho deu duas paradas cardíacas, ela tentou reanimar ele, tentou, conseguiu voltar ele, mas já foi tarde, o oxigênio não subiu pro cérebro, deu morte encefálica. Tudo negligencia médica. Eu podia naquele dia ter feito um barraco, e ter colocado eles pra sair com ele imediatamente, eu fui lá com ele 4 vezes, e eles não quis sair com ele. Só na quarta vez que eles tomou providência, já tarde, meu filho já não tava respondendo a estímulos. (...)a perda de um filho pra gente, você pode ter 10, mas aquele buraco ali não preenche nunca.

(...)

[você quer falar algo mais?]Eu queria passar uma mensagem pros médicos, que se eles se formam nessa profissão pra ajudar os ser humano, pra trazer vidas, pra melhorar a saúde das pessoas, que se dediquem mais. Eu sei que é difícil, é

cansativo, mexer com gente, mas só que se eles se formaram pra isso, é porque eles gostam né? Então que a gente não tem culpa se a gente tá doente, igual quando a gente engravida, a gente engravida, como se diz, se ele entrou tem que sair. Então que eles tratem a gente melhor na hora do parto, que aquela hora a gente precisa muito deles. A gente não tá ali só com dor não, a gente tá ali com o psicológico a mil, a gente quer ser bem recebida. Igual um hospital que eu ganhei um filho, hospital Santa Rita, Planaltina de Goiás, dá o maior conforto, o pai da criança se quiser assistir o parto, assiste, o pai da criança ta ali frequente com a gente, eles lá do hospital trata a gente com o maior amor do mundo, "calma, vai dar tudo certo" aquilo ali traz força pra gente na hora, aquilo ali da apoio pra gente, você tá vendo que eles tá cuidando com amor, você enxerga nos olhos deles, isso que eu queria, que todos os médicos cuidassem da gente com amor. Porque lá em Niquelândia eu fui muito maltratada. (moradora da capela 37 anos, 7 filhas em hospital)

O conceito justiça reprodutiva coloca no centro a vinculação entre racismo e vulnerabilidades em saúde, reconhece “o racismo com um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde experimentadas por mulheres e homens negros, de todas as regiões do país, níveis educacionais e de renda, em todas as fases de sua vida”. (Werneck, Jurema, 2016, p.540). Assim, do ponto de vista das políticas de assistência a saúde é necessário esmiuçar as vulnerabilidades a que estão sujeitas as mulheres que recorrem aos serviços e que são reproduzidas na institucionalidade. O relato acima é uma das muitas denúncias de racismo que eu ouvi durante essa pesquisa.

em casa é mais confortável porque juntava muitas mulheres, e dava muita força, e no hospital eles não é de ficar debaixo de ninguém não, joga pra lá e vez ou outra vai lá vê se a cara tá boa. Porque eles já acostumou que tem lugar que as mulher faz muito escândalo e as mulher aqui da roça não é de fazer esse escândalo, elas curte a dor calada. Você olha pra elas e você pensa que elas nem ta passando por aquilo, elas aguenta. Então eles olhava a gente assim: “a tá com a cara boa”... igual o menino que eu ganhei em Campos Belos, eu ganhei ele sozinha na cama. Eu falei pra eles que o menino tava quase nascendo eles foi lá: “não você tá com a cara muito boa...” eu também calei. Quando o menino berrou eles veio na carreira

“Ah mãe! Você sabia que o menino ia vir e não falou?!” Aí eu falei: “Vocês que ia parir, porque vocês falou que ele não tava pra nascer.” Aí eles fica tudo com medo. Mas eles não acredita não, que as mulher aqui não é de fazer escândalo não. Nesses hospital tem mulher que grita que você falta desmaiar de medo, pensa que tá morrendo, agora as daqui guenta calada, já acostumou com as dureza aqui da roça. (moradora do Vão de Almas, 45 anos, 8 partos)

Esse relato traz diversos elementos de (in)justiça reprodutiva. O primeiro deles é a transformação do ambiente do parto, de um contexto de solidariedade e autonomia das mulheres, um contexto de amparo comunitário (parto com parteiras), para um contexto de solidão e falta de amparo (parto hospitalar). O segundo se refere ao racismo institucionalizado na assistência que não percebe a vulnerabilidade de uma mulher negra, quilombola, da roça quando ela mesma pede ajuda, que não enxerga as diferentes formas de externalizar a dor. O terceiro se refere ao desempoderamento, ao apagamento da autonomia e do poder de uma mulher negra conhecer o próprio corpo e saber a hora que o bebê tá nascendo, a invalidação do autoconhecimento.

fui eu e minha mãe [hospital em Brasília], só que minha mãe depois que deu derrame ela toma remédio controlado e é um sono danado... aí eu deitada assim na cama, minha mãe pertinho e a dor vinha toda hora e eu ia no banheiro e nada, ia mijar mas era só a vontade, não conseguia mijar não. Até que falei: “mãe tá nascendo mesmo!” Minha mãe: “Põe força e chama a enfermeira!” A enfermeira: “Não, tá perto ainda não.” Nem olhava. Daqui um pouco o menino nasceu sozinho só eu e minha mãe no quarto. Quando a enfermeira veio chegar, só pra cortar o umbigo. (Moradora do Vão de Almas, negra, 24 anos, estudante, mãe de 4)

acabou que eu fui pra lá nervosa, que a gente ficava pensando em ir pra cidade, pois divia era até ter ficado aqui [na roça], que eu ganhei ela lá sozinha dentro do hospital de Cavalcante. Cheguei lá fiz janta e ainda jantei, sabendo que ia sentir dor. Aí quando vi que tava com dor liguei lá pedi, veio a ambulância me pegou. Cheguei lá aí eles deu toque em mim, era uma médica de São Paulo: “Não vai ter agora não, vai ter lá pras 10 horas”. Aí eu olhei pra ela e eu pensei assim: “Você tá mentindo, eu to olhando pra ela que já tô na conta das 7 [horas]. Você enganou aí.” Eles tava fazendo minha ficha, tem uma enfermeira que tá lá até hoje, até

hoje ela fala: “Ô, essa mulher eu lembro até hoje, tava fazendo a ficha dela e ela sentada e eu conversando com ela e achando que ela não ia ganhar mininu tão rápido, perguntando informação pra ela do Vão de Alma e ela me dando tudo sentada.” E eu rinitando de dor. Aí entrou pra lá e pôs o soro, eu fiquei lá, as enfermeira saiu pra cá foi assistir televisão. Aí tô lá, foi pingar poucos pingo desse soro, e aí quando eu vi, quando a menina nasceu foi que eu gritei elas: “Ô enfermeira, vem me acudir aqui!” A primeira que chegou lá já panhou essa menina em cima da cama, só faltava terminar a placenta, aí eles também já foi cortando, já foi cuidar da menina. E a doutora veio na carreira e ficou lá comigo pra terminar. Aí ela falou depois: “A, não dou conta de fazer esses parto dessas mulher aqui não, porque eu sou acostumada em São Paulo de ver chorar, de ver gritar, pensei que essa mulher não ia ganhar mininu agora. Eu nunca dei conta de fazer um parto nesse hospital, que todas delas quando eu chego já ganhou u mininu”. 7 horas eu já tinha ganhado essa minina. (Moradora do Vão de Almas, 50 anos, 8 filhas, 6 na roça e 2 no hospital)

Como foi abordado na sessão Parições, ouvi muitos relatos sobre a solidão de parir no hospital. São relatos antigos e recentes. Para mim elas denunciam alguns aspectos do racismo institucionalizado que é invisibilização da dor da mulher negra; a negação de seu saber sobre o próprio corpo (presunção de ignorância); reforço do estereótipo das mulheres negras serem fortes; o despreparo profissional para lidar com a diversidade cultural no âmbito da parição.

Parto de gêmeos foi cesárea, um estava encaixado e outro tava virado. O médico falou que era pra esperar até 22 de setembro. Dia 19 a bolsa estourou, mas não senti dor, aí foi pra Campos Belos e fez a cesárea. [como foi a recuperação desse cesárea?] também foi....até que o médico lá em Campos Belos ele falou pra mim que “mulher, você é kalungueira mesmo, tem o sangue forte”. Porque ele achou assim que eu recuperei muito rápido. (Moradora do Vão do Moleque, 34 anos, 4 filhas todes nascidas em hospital)

Ao mesmo tempo que escuto como parte da identidade das mulheres kalungas que conheço e que entrevistei essa autopercepção de ser mulher forte, por outro lado percebo, através da leitura de outras pensadoras negras, como essa imagem da mulher negra forte muitas vezes resulta em racismo institucional. Como já vimos em muitas partes, há um abandono e descuidado nos hospitais, e

provavelmente parte disso é devido a essa imagem dos médicos de que as kalungueira tem sangue forte e são fortes. Algo que não ocorre/ocorria com o parto assistido por parteiras, pois as mesmas compartilham a mesma linguagem de cuidado, e sabem que não gritar não significa não estar com dor ou não desejar cuidado. É necessário que profissionais e gestoris da saúde entendam que força não quer dizer que não se necessita cuidado e atenção, e que aprendam a enxergar a fragilidade nas mulheres negras.

na época eu era daquelas mulher dura que podia tá ruim ruim que... eu ficava com muita vergonha. Só o marido meu que via, eu passava a noite todinha sem chamar ninguém, quando eu via mesmo que já tava de mal a pior aí que eu saía chamando. (moradora de São Domingos, 64 anos, 19 filhas, alguns nascidos em casa outros no hospital)

Outra violação à saúde das mulheres decorrente da transferência da assistência ao parto por parteiras à médicos/as é o uso rotineiro de episiotomia e as sequelas decorrentes da prática.

[episiotomia, como foi a cicatrização?] Incômodo demais. [depois quando você voltou a ter relação você sentiu alguma dor?] dói, no corte incomoda muito nas primeiras relação, eu achei muito horroroso, mau conforto. [e até hoje você sente ou já parou de sentir?] é uma coisa assim que sarou, mas tem a cicatriz. E se acontecer de machucar com alguma coisa, até com calcinha apertada, tudo incomoda, é só a gente vestir uma roupa apertada que passa assim e machuca, desconfortável. (moradora do Vão de Almas, 25 anos, 5 filhas)

[você acha que a recuperação do segundo parto sem pique foi mais rápida do que a que levou pique?] Foi, muito, nossa! Quando eu dei pique, quando eu ia pro banheiro fazer as necessidades era muito esquisito, era muito ruim, doía mesmo, e já o normal que eu não dei pique era normal, não sentia dor nenhuma. (moradora do Vão de Almas, 25 anos, 5 filhas)

Como já foi abordado anteriormente, das 60 mulheres que responderam à pergunta sobre se receberam episiotomia, 45% responderam que sim em pelo menos um dos partos. Essa prática vem sendo questionada e abandonada por apresentar mais danos que benefícios à saúde das mulheres. Os cuidados tradicionais na gestação, parto e pós-parto contribuem para um menor risco de sequelas no

períneo (Floriano; Odeh, 2020), portanto a exposição das mulheres a esse risco decorre diretamente da transformação na assistência ao parto.

Me levaram pra cesárea porque eu não deixei fazer o toque, aí me levaram pra cesárea. [porque você não queria?] Sei lá. [porque era pessoa que você não conhecia?] Era, ficava com vergonha. [se fosse pra escolher você preferia cesárea?] Não, eu preferia normal. [quanto tempo você ficou no hospital pra te encaminharem pra cesárea?] Acho que não foi uma hora de relógio não. [Quando você chegou e falou que não queria toque eles já te encaminharam?] Uhum. [Escutaram o coração do bebê?] Escutaram. [Tava tudo bem?] Tava. (Moradora da Prata, 21 anos, nascida em mãos de parteira, 1 filha de cesárea)

As recomendações tanto nacionais (Brasil, 2016) como internacionais (OMS, 2022) sobre parto preconiza que o toque deve ser feito com intervalo de 4 horas. Alguns partejares atuais, inclusive de enfermeiras obstetras e parteiras profissionais, não tem a prática do toque como rotina. Apenas o coração da bebê é monitorado, e é possível observar pelas costas da mulher ou pessoa parturiente aproximadamente como está a dilatação. Algumas sugerem para a própria mulher se auto-fazer toque e ver se sente a cabeça da neném, ou como sente o colo. Eu mesma já incentivei isso e vi as mulheres fazerem e se empoderarem do processo.

Eu me pergunto então, porque encaminhar uma menina pra cesariana porque ela não quis toque, estando apenas há uma hora no hospital e com batimentos da bebê estáveis? O participar de muitas rodas e ler relatos de gestantes que fizeram plano de parto e buscaram uma maior autonomia e poder de decisão sobre seu parto em ambiente hospitalar, me deu elementos para afirmar que foi uma punição. O tempo todo em ambiente hospitalar quando mulheres buscam modificar ou simplesmente colocar limites na prática médica durante o parto, elas são descaradamente punidas.

### *Quem decide sobre o parto?*

[como vocês decidiu como ia ser parto?] não decidi nada! Esperava pra ser cesariana, eles falava que era cesareano, aí outros falava que eu não aguentava parir normal, aí foi normal. Mas eu não queria cesárea não, queria normal mesmo,

que normal é mais rápido. (moradora do Prata, 14 anos, 1 filho nascido no caminho pra o hospital)

A seguir é de uma bisneta de parteira, falando sobre sua quarta gestação:

queria muito ter em casa, aqui no Prata, mas minha mãe não aceitou, minha mãe não animou, não pelo fato de não dar certo, mas sim pelo fato de medo da criança nascer com algum problema e pelo fato de ser muito longe do socorro, de médico, aí acabaram não aceitando eu estar aqui. Também porque eu escutava que o atendimento de lá [cidade/hospital] era muito ruim e eu pedia pra ter aqui na roça. Mas eu não tive apoio da família e acabei encorajando pra ter no hospital, e foi tudo bem graças a deus. (moradora da comunidade da Prata, 28 anos, 5 filhas todes em hospital)

Fica evidente que o histórico de atendimento nos hospitais de referência da região tampouco tranquiliza as mulheres. São relatos de abandono e/ou de violência. Nesse sentido, a “decisão” de onde parir pode ser apoiada em medos com relação a violência que sofrerá, ou receio de punição, mas não uma decisão baseada no que é melhor pra mulher e bebê naquele momento, melhor no sentido de bom, parece que a decisão é pelo que resta eliminada as possibilidades menos realizáveis.

A Justiça Reprodutiva refere-se aos recursos econômicos, sociais e políticos para que as mulheres possam tomar decisões saudáveis sobre os seus corpos, suas sexualidades e suas reproduções, não de uma maneira apenas individual, mas levando em conta suas famílias, comunidades e a estrutura social (opressiva sob diferentes aspectos) em que estão inseridas (Asian Communities for Reproductive Justice, 2005 apud Oliveira, 2022, p. 257).

O povo daqui tem mania de dar muita pimenta quando tá na dor pra esquentar, eu sofri demais com a pimenta. Deram um caldo com cebola branca pimenta malagueta ou pimenta do reino. (...) ganhei de dia [aí era o calor do dia, o calor da dor e o calor da pimenta] aí ainda tinha o calor da água quente que eles tem mania de jogar água quente na gente pra tirar a friagem, era tanto calor que eu suava suor frio. (...) é no hospital é mais fácil. Porque lá pelo menos você não ranja pimenta nem água quente. [Você preferiu parir em casa ou no hospital?] Pra ser sincera no hospital a gente fica mais livre, faz o que você quiser. Aqui se você

coloca a mão na cabeça tá falando que não pode, se você coloca a mão na barriga não pode, lá você pode fazer o que você quiser fazer, ninguém vai falar que não pode. Eu achei mais tranquilo no hospital. [eu falo que às vezes a gente tem a ideia que no hospital tem menos liberdade, porque os médicos não deixam fazer nada] mas médico não fica no quarto não, você fica sozinha! (...) [perguntei da posição, ela disse que deitava com a perna pra cima, perguntei se ela quis ficar nessa posição ou te falaram pra ficar] Falaram, porque lá ninguém tem opção, chegou lá eles não pede ninguém opção não. [o que você achou dessa posição em comparação a posição que você tinha na roça?] Eu achei mais difícil, porque você aguentar a dor deitada é mais ruim. Você não tem apoio nenhum.(moradora do Vão do Moleque, 43 anos, 4 filhos, 1 nascido com parteira e 3 no hospital)

Este relato traz um ponto muito importante com relação ao parto comunitário: a possibilidade haver dissidência. Eu ouvi de duas mulheres duas críticas com relação ao parto assistido por parteiras: uma é esse acima que trata da falta de liberdade e do excesso de intervenções; o outro tratava da obrigação da reciprocidade, um sentimento de dívida com a parteira que socorreu a mulher. Para pensar justiça reprodutiva é importante também considerar a necessidade de garantir o direito a dissidência dentro de uma comunidade.

Segato (2006) nos lembra que a ética está vinculada ao reconhecimento da responsabilidade em responder à interpelação do/da/de outre e que ela está vinculada a um sentimento dissidente da moral prevalecente. As medicinas tradicionais também estão em constante transformação, e ouvir sobre aquilo que não é bem vindo por algumas, é necessário. Ao mesmo tempo que é necessário lembrar, que não se pretende caminhar para uma homogeneização da assistência, e que é possível garantir que as mulheres vivenciem partos com maiores ou menores (boas) intervenções de acordo com seus desejos alinhados com a necessidade de seus corpos e almas.

Pontuo duas grandes violações à justiça reprodutiva Cavalcante: a primeira foi o corte da assistência ao parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais que teve seu ápice provavelmente na segunda metade dos anos 90; a segunda foi o corte da assistência ao parto hospitalar dentro do município ocorrida entre 2006 e 2010. Ambas culminaram da desterritorialização do parto e nascimento que, entre outras, tem como consequências a vulnerabilização das parturientes por necessitar se locomover longas distâncias em trabalho de parto, ou buscar rede de apoio em outras cidades, para

esperar o momento do parto, ambas situações que definitivamente não são ideais para sua saúde ou da sua/seu filho.

Outra vulnerabilização decorrente é uma assistência precarizada pela falta de conhecimento e prática tanto de parteiras tradicionais como de profissionais da saúde. A perda do conhecimento das parteiras causada pelo epistemicídio e instauração da monocultura já foi tratada em profundidade nos capítulos anteriores.

Outro aspecto da prática de encaminhar as parturientes para outros municípios é que as/os profissionais da saúde de Cavalcante vão ficando defasadas/os/es e despreparadas com relação a conhecimentos e práticas para acolher os partos que acabam acontecendo aqui, quando não dá tempo da parturiente ser encaminhada. Especialmente as/os profissionais mais jovens em tempo de serviço relataram esse despreparo. Não há capacitação continuada para a assistência ao parto, não há treinamento para reanimação neonatal com as práticas atualizadas, nem para emergências obstétricas, nem mesmo para um parto fisiológico, não há reciclagem. Isso leva a que quando seja necessário uma assistência, profissionais se veem desamparados, e as parturientes e bebês em maior risco. Algo que me lembra a fala de mãe Cinésia quando explica a importância das mais jovens aprenderem sobre parto: a dependência de uma assistência externa e distante, em um município com um território tão extenso e com zonas de acesso precário suscetíveis as intempéries gera maior vulnerabilidade.

Vandana Shiva(2003) traz o retorno do uso da roca de fiar como uma estratégia de estímulo e valorização das potencialidades locais para que aquele povo possa ter uma melhor vida. Essa é uma premissa básica da biodiversidade, que hoje tem quem chame permacultura: observar o que se tem naquela localidade e o que é possível realizar com essas ferramentas. Isso poderia ser feito em Cavalcante. Quais as potencialidades deste local? Existe ainda um conhecimento tradicional em parteria que pode ser reavivado, que permita que em cada comunidade existam mulheres que possam prestar uma assistência ao parto. Por outro lado, existe uma estrutura física e de profissionais da saúde que, se valorizada, pode estar melhor preparada para receber os partos, com capacitação e reciclagens periódicas. De forma que as/os profissionais daqui estejam melhor preparadas tanto para acudir um parto como para um melhor acompanhamento até outra localidade.

O reconhecimento das potencialidades dos cidadãos como sujeitos de direitos e a necessidade de se descortinar as implicações estruturais que os colocam em situação de vulnerabilidade, requerendo organização para a exigência ao poder

público de acesso mais igualitário a oportunidades, fazem parte de uma conduta que pressupõe esforço constante. O olhar para a integralidade dos sujeitos em situação de vulnerabilidade nada mais faz do que se alinhar à constatação de que estes sujeitos possuem demandas e necessidades de diversas ordens, possuem capacidades e se encontram em um estado de suscetibilidade a um risco devido à vivência em contextos de desigualdade e injustiça social. Seja em relação ao meio ambiente, a adolescentes ou à população em situação de rua, podemos considerar que a produção de cidadania e formas saudáveis de viver estão atreladas à justa distribuição de poder e conhecimento, haja vista a premência do olhar para os sujeitos em sua integralidade. (Carmo; Guizardi, 2018. p. 34)

### **8.1 Planejando o plantio: O que querem as mulheres em Cavalcante?**

Como em qualquer localidade, os caminhos desejados para uma saúde integral não são iguais para todas as mulheres e pessoas com útero do município. Nem mesmo no território kalunga há apenas uma única aspiração. Que bom, há diversidade! Quer dizer que há um ecossistema saudável. Aqui busco compilar alguns desses caminhos apontados para o bem viver no território.

Se por um lado escuto muitas pessoas falarem do abandono, da ausência do Estado como ausência de saúde, e às vezes falas que reforçam a ideia instaurada pela colonialidade do uso da medicina tradicional como atraso e o uso da medicina institucional como avanço; por outro lado, tem pessoas que reconhecem a complementariedade de ambas e o valor da medicina tradicional.

Já teve melhora também com relação as doenças antes era curado só com raiz de ervas e chá caseiro, e tinha algumas doenças que não tinha cura hoje já tem as pessoas também tem interesse de procurar remédio para curar, já outras era muito atacado como a tuberculose, malária, chagas matou muito.(M.F.S. 40 anos, Vão do Moleque, 2013 *apud* Costa, 2013 p.34)

Os conhecimentos das ervas medicinais que são utilizados até hoje suste bens efeitos, é uma maneira de estarmos esvaziando os hospital e que as pessoas não

precisa sair da comunidade para ter cura das doenças mais simples que deparamos no dia a dia. Tem também os benzimentos, os trabalhos das parteiras e a ligação das pessoas com as tradições e curas, através das promessas que fazemos pedido aos nossos Santos, que são padroeiro e temos testemunham das curas através das promessas. (Getulia, 2013 *apud* Costa, 2013, p.35)

a saúde é melhor assim, pro parto, mas a gente em casa é muito mais tranquila. (moradora do Vão do Moleque, 52 anos, 6 filhas, 1 filho na roça, 5 no hospital; respondendo à pergunta se a saúde das mulheres é melhor agora que elas tem filho no hospital)

[saúde das mulher é melhor agora que ela parem no hospital?] igual a mãe falou, pra o bem do parto sim, mas depois que a gente ganha, a gente vai ser cuidada aqui, melhor pra gente ganhar no hospital. (Moradora do Vão do Moleque, 24 anos, 2 filhas nascidas em hospital, uma cesariana e outra normal)

eu acho no hospital melhor, porque no hospital tem tudo, qualquer coisa já tá em cima do socorro. (Moradora do Vão do Moleque, 61 anos, neta de parteira, 6 filhas, alguns nascides na roça outres no hospital)

o melhor pra comunidade era só o médico mesmo, o médico tem que tá ajudando a gente, porque as parteira ajuda na verdade, mas não sabe onde que precisa uma coisa, precisa outra, e o médico não. (moradora de São Domingos, 64 anos, 19 filhas, alguns nascides em casa outres no hospital)

agora pra você ter mininu em casa a mulher é muito mais sadia que você ter mininu no hospital. Em casa a reserva é muito melhor, e a parição em casa a mulher é mais sadia que no hospital, porque no tempo que eu tive esses minino tudinho, eu sou mãe de 11 filho, mas eu não achei tão ruim como ter parido no hospital. Você sai ali na naquela friagem...e em casa é muito melhor, você entra no banho, você vai no mato você tira remédio, você toma. E no hospital não, aquela friagem. (Moradora da Prata, 48 anos, 11 filhas, 2 em hospital)

Gomes (2009) ao estudar as plantas e as práticas de cura de quintais, terreiros e quilombos de Minas Gerais, observa o quanto as comunidades evidenciam o hibridismo cultural, algo particular de sua condição fronteiriça: dentro e fora da colonial modernidade. Resistem a tecnologia assimilacionista da mesma, criando sistemas de saúde próprios que como característica está a interação entre diferentes tradições de medicina. É possível observar na maior parte dos relatos que existem cuidados únicos característicos das parições em casa e/ou com parteira que são valorizados e desejados pois geram benefícios para a saúde de mulheres e bebês; e existem condições que a assistência biomédica brinda que são também desejadas, como a possibilidade de diagnósticos mais precisos e recursos em caso de emergências.

eu se tivesse uma parteira eu podia ir [no médico/hospital/enfermeiro] só vê como tá o neném. Se o neném tivesse tudo bem, eu preferia em casa. (Moradora de São José, 69 anos, 8 filhas nascidas com parteira)

Muitas mulheres afirmaram que se sentem mais seguras em hospital e amparadas com o máximo de tecnologia possível. Sem dúvida é necessário ouvir suas demandas e garantir que tenham o melhor da assistência biomédica disponível. Mas também é importante a reflexão: se esse foi o discurso dominante de mais de um século, como poderia ser diferente? Como seria mostrar outra realidade válida? Como seria apresentar dados sobre partos domiciliares? Como seria mostrar filmes, vídeos de como em outros países os partos são assistidos por parteiras? Como foi dito anteriormente, a instauração da monocultura destrói um horizonte de caminhos alternativos, recuperar no imaginário, e quem sabe, na prática, essas alternativas é possibilitar o germinar de novas, e diversas, sementes.

[você quer falar mais algumas coisa?] mulheres, não tenha filho em casa, procura um hospital que é muito mais seguro pra você e seu filho. Agora as coisas das parteiras que elas ensinava os remédios, curar umbigo... Os meu netos todos são curados com azeite, nada de álcool 70 que é só pra ressecar o umbigo e dar mais cólica. Os remedinho e o sumo, vamos parir no hospital, mas venha pra casa e entra nos remedinho que a vovó ensinou. (moradora do Rio Preto, 56 anos, neta e filha de parteira, 4 filhos, 2 em casa e 2 no hospital)

As parteira por um lado era ruim porque não tinha a tecnologia que o médico tem, mas por outro elas tem um cuidado que o médico não tem, por exemplo a alimentação. (professora da comunidade Vão de Moleque, 2021)

Das mulheres entrevistadas, 100% seguiram cuidados tradicionais para elas durante todos os resguardos, as vezes mais, às vezes menos, dependendo das condições onde estavam etc. Todas que responderam à pergunta se usaram cuidados tradicionais em seus bebês (69) disseram que sim, especialmente o uso de azeite de mamona na cura do umbigo. Algumas das que tiveram apenas a experiência de parto em ambiente hospitalar, seguiram cuidados tradicionais durante o trabalho de parto antes de ir para o hospital, ou mesmo no hospital. Esses dados apontam que, como sinalaram Nêgo Bispo (2022) e Ana Mumbuca (2020), mesmo com o ataque às práticas tradicionais de parteria, muitas permanecem vivas na comunidade.

A alimentação foi um elemento de cuidado bastante mencionado. Muitas falaram que não puderam seguir a dieta indicada para o resguardo porque no hospital davam outro tipo de comida. É necessário pensar em políticas nutricionais dentro das maternidades que levem em consideração as recomendações tradicionais de alimentação para uma melhor recuperação da gestante e saúde da/do/de recém nascido.

quando ganha cá na roça é mais sadia, porque cá faz tudo quanto é remédio, tudo quanto é banho, e lá, pariu, cabô. Eles não dá remédio.(Moradora, do Vão de Almas, 82 anos, 2 filhas)

A maioria das mulheres enfatizou como um signo de cuidado o uso dos remédios (banhos, chás, etc.) dados na hora do parto em casa e também das “ajudas” dadas no hospital para que o parto fosse mais rápido ou com menos dor. Minha interpretação sobre o que elas dizem é que uma boa assistência é aquela que ajuda o parto a andar mais ligeiro. Algo que difere de uma perspectiva que vem sendo adotada por quem segue a noção de que todo parto, sendo fisiológico, deve ter o menos de intervenções possíveis. Partos que hoje circulam pelas redes sociais, sobretudo que vem da cultura estadunidense, *hands off* (a parteira não toca a mulher praticamente) de não intervenção, do mínimo de intervenção. Parece que para a maior parte das mulheres daqui essa conduta é recebida como não cuidado.

eu sofri 6 dias pra ganhar ele, eu fui pra formosa, aí lá eu sofrendo, todo dia ia pra o hospital e o hospital de greve, todo dia voltava comigo pra trás: “não tá na hora”. Aí quando foi no dia que eu dei dor mesmo aí me levaram, aí chegou lá e minha parente brigou com as enfermeiras: "não tá na hora mas vocês tem que aplicar soro, é o primeiro filho, a menina tá sofrendo." E elas fazia remédio em casa. Aí o marido dela me levou pra Sobradinho, quando foi chegando foi

internando. Quando foi 6 horas da tarde eu ganhei ele. (moradora da Capela, 56 anos, 4 filhas, 3 no hospital e 1 em casa, não planejado)

[o que foi melhor pra você, o parto em casa ou no hospital?] Em casa porque pelo menos tem os remédio certo que a gente toma né?! Que lá [no hospital] não tem. Eles não dá nada pra gente. Dá cólica, o remédio que eles dá é dipirona, dipirona não alivia. (moradora da Prata, 55 anos, 13 filhas, um tanto com parteira e um tanto no hospital)

Percebi que, como tudo na vida, as experiências anteriores moldam bastante a avaliação do que é bom e ruim para a saúde e bem estar. Aquelas mulheres que tiveram experiências traumáticas ou ruins em hospitais, vão dizer que preferem parir em casa, já as que tiveram experiências traumáticas ou ruins em casa vão dizer que o melhor para todas é ir pro hospital.

[você conheceu mulheres que não quis ir pro hospital?] Tem mulher que fala que não vai, e não vai. E não pode, tem que ir. Porque as coisa hoje tá muito fina, não tem jeito né? Fazer o que?! Eu aconselho todas vai pro hospital, porque a que eu ganhei em casa não me deixou saudade, ainda quase que eu fico sem minha vida e sem a vida de minha filha. (moradora da Capela, 56 anos, 4 filhas, 1 nasceu por a caso em casa pelos pés, sobreviveu, porém ficou com uma sequela no braço)

Só que na roça as parteiras ajudam mais que no hospital, né. Você sabe que no hospital, eles te, te largam lá dentro e que parta o mundo... quando eles chegam o menino já nasceu. (...) [em casa] Tem os assentos... O assento que nós assenta né. E no hospital não. Você fica lá numa dor. (moradora do Vão de Almas, durante entrevista em 2019, teve experiência de parto na roça e no hospital)

[você teve a experiência de ter parto aqui e ter parto no hospital, o que você sentiu melhor?] Quando você ganha aqui na roça é bem que você recupera mais ligeiro. Quando a gente ganha aqui na roça, é bom demais, quando passa 8 dias você já tá fazendo cozinha pra gente comer, de vagarzinho. A gente quando ganha aqui recupera mais ligeiro que na cidade. (Moradora Vão de Almas, 50 anos, 8 partos, 6 na roça e dois na cidade, um em Brasília e outro em Monte Alegre)

Como foi sinalado anteriormente, das 27 mulheres que responderam a pergunta se preferiam parir em casa e ou no hospital, 16 (59,26%) preferem em casa e 9 (33,33%) no hospital, 2 não definiram o que é melhor. Das 62 mulheres que responderam se a saúde das mulheres é melhor agora que elas tem filhe no hospital, 36 (58%) falaram que não, 16 (25,81%) acham que sim, e 10 (16,13%) veem que por um lado é melhor, e por outro não. O maior argumento para preferir o hospital é o medo.

[você chegou a pensar em ter filho em casa em algum dos partos?] Eu tenho medo de filho em casa, demais, nunca tive coragem de ter filho aqui não. É por causa da minha mãe que sofreu muito, dois meninos já que nasceu morto. Aí minha vó me conta, a parteira que pegou também: “Sua mãe sofreu demais”. Aí eu fico com medo de sofrer também. Porque no hospital já é difícil. Mesmo que aqui, tem uns povo que acha que é melhor porque aqui tem os remédio natural que dá pra gente pra nascer logo, mas mesmo assim eu nunca tive coragem de ter aqui, tenho medo. Porque também as parteiras de hoje não é igual antigamente, antigamente tinha mais fé delas conseguir mais. Eu fico com medo também porque assim, essa que pegou o filho da minha mãe mesmo, ela ficava: “Faz isso pra mim, porque se não fosse por mim sua mãe estava morta hoje.” Dizendo que ela que salvou minha mãe parindo, então eu fico com medo da gente ganhar filho aqui e depois ficar jogando na cara da gente que a gente tem que agradecer, e no hospital não vai acontecer isso. (Moradora do Vão de Almas, negra, 24 anos, estudante, mãe de 4)

Uma das perguntas do roteiro de entrevista era sobre o que significava nascer e parir pras mulheres. Quando comecei a realizar as entrevistas as mulheres não entendiam essa pergunta, e algumas ficavam nervosas<sup>53</sup>. Eu fiz pra algumas e fui vendo que elas não entendiam o que eu tava perguntando. Reelaborei a forma de perguntar, testei de alguns jeitos e elas seguiam me olhando com cara de interrogação. Depois simplesmente eu parei de perguntar. Ainda não tenho certeza absoluta se foi uma questão de linguagem, ou se, o que é mais provável porque a linguagem também é a representação do

---

53 A relação pesquisadora-pesquisada é bastante complexa, sobretudo quando há marcadores sociais tão diferentes pesquisadora branca, letrada, vinda da cidade etc, e entrevistadas negras, com baixa escolaridade, da roça. Algumas me conheciam, o que tornava a conversa um pouco mais horizontal, no meu sentir. Outras, pareciam estar bem a vontade. Mas algumas se sentiam visivelmente mais acuadas, como se existisse ali também uma avaliação por minha parte. Essa pergunta especialmente, por não ser compreendida, em alguns momentos aumentou a tensão.

mundo, uma questão simbólica. Percebi que parir e nascer está mais ligado a algo bem físico, mais que a alguma abstração ou ideologização.

O nascimento é trazer mais uma pessoa no mundo, trazer mais uma vida, depois de ganhar é uma felicidade você ter mais um filho, que o recurso de pobre é esse mesmo, filho. (Moradora da Prata, 61 anos, neta e filha de parteira, 8 filhas, 7 em casa e 1 cesariana)

A questão do deslocamento é algo que foi bastante mencionado pelas entrevistadas e pela gestão e profissionais da saúde. São pelo menos três questões que pude observar com relação a isso: a dificuldade do transporte em si, incluindo os gastos para isso; o incômodo que é ter que se deslocar da comunidade para fazer o pré-natal e para o parto e resguardo; o sentimento de risco por estar longe de um atendimento especializado. Ouvei algumas vezes sobre o desejo de haver um postinho de saúde nas comunidades e que pelo menos o pré-natal fosse realizado lá.

[você sente falta das parteiras atuando?] eu lembro que uma vez eu espiei uma parteira fazendo parto, eu era criança e eu espiei a parteira pegando o neném, porque também era uma curiosidade de como nascia. Hoje quando eu paro pra pensar, “poxa antigamente não precisava se deslocar pra o hospital pra ganhar, era fácil, elas tinha muita atenção quando ia ganhar neném, era aquele tanto de gente, de parteira, uma cuida de uma coisa, outra de outra”. Então com certeza faz muita falta. (Moradora da Prata, 28 anos, nascida nas mãos de sua bisavó parteira, 3 filhas em hospital)

pré-natal ir todo mês pra cidade, cada pré-natal 100 reais, por mês de passagem. (...) todo mês exame de sangue e urina. Na maioria tinha que pagar se não não andava rápido e nem batia com o tempo de ficar lá. Acho que é a dificuldade que todas as grávidas aqui enfrentam, é fazer o pré-natal na cidade, é muito difícil. (moradora do São José, 39 anos, 4 filhas, 2 perdas e 2 cesarianas)

[você sente falta de ter parteira na comunidade?] Eu sinto. Teria menos trabalho que a gente sentindo tanta dor ir pra Cavalcante e de lá ir pra Brasília ainda. Se tivesse aqui era melhor. (Moradora de São Domingos, 21 anos, 2 filhas nascidas em hospital)

O que falta para a comunidade kalunga mais, é a falta de estradas, luz, pontes porque quando falamos de estradas temos uns trieiros mais não esta em boas condições porque nos hoje ainda encontramos isolados por que tem rio grande que quando esta chovendo ficamos até 10 dias sem poder transitar, até mesmo duma localidade para outra, já não falo para cidade, muitas das vezes tivemos que carregar gente na rede para tentar salvar vida. Precisamos de meio de comunicação por que só temos algumas pessoas que tem em casa é aquelas antenas rural , e de preferênciã um posto de saúde na comunidade para estar atendendo pelo menos um pouco ajudava bastante. (M.F.S. 40 anos, 2013) (Costa, Vilmar S., 2013, pg 34)

[você consegue imaginar um mundo sem parteira?] Não. Tem que existir parteira nas comunidades. Até porque **é longe da cidade**, tem que ter uma parteira. (Moradora do Vão de Almas, 24 anos, nascida em mãos de parteira, mãe de 4 nascidos em hospital)

Se pode supor o que querem as mulheres a partir das narrativas dos desafios encontrados. A desterritorialização do nascimento afeta a rede de cuidado ao redor do resguardo. Como essa rede poderia existir na realidade atual?

lá uma coisa que eu achei difícil, porque aqui quando eu ganhei minha mãe banhava, todo mundo ia lá banhava no meu menino. Lá eu tive que dá banho no meu menino, eles dava um lençol pra pôr entre perna e você saía carregando esse lençol com mininu no braço pra tomar banho. Aquele monte de mulher na fila pra banhar. Tive uma vizinha muito boa que cuidou de mim, mas lá eu não tive sopa não, não tive essas coisas.

(...)

você [parir] assim com sua família, e com tanta pessoa te recebendo no hospital, quando eu cheguei em casa, eles ficaram na porta pra me receber, com aquele mininu, meus mininu me recebendo, minha irmã, aquele quarto, aquela cama, não banhava neném, minha comida, até a sopa quase vinha na cama. É muito bom ter um parto assim. Eu acho muito importante quando você tem seu filho

que você tá acompanhada com o pai dele. Eu faço questão do meu filho acompanhando a mulher dele porque eu acho que a mulher fica muito realizada quando o marido tá do lado, mesmo que minha família é nota mil, mas é muito bom ter o marido. (moradora de Cavalcante, 56 anos, 3 filhos nascidos em hospital)

[você sente falta de ter parteira na comunidade?] Até que é bom por conta da tradição. Assim, a gente pode tá com dor, ajuda bastante. (Moradora do Vão do Moleque, 24 anos, 2 filhas nascidas em hospital, uma cesariana e outra normal)

ela só não é melhor porque tem umas que não cuida dos remédio, porque ganhou no hospital não precisa tomar remédio essas coisas, aí fica mais difícil. Mas se for normalizar usar os remédios direitinho, no hospital é mais tranquilo. (Moradora da Prata, 61 anos, neta e filha de parteira, 8 filhas, 7 em casa e 1 cesariana)

Pelo relato das mulheres entrevistadas fica nítido o desejo de uma assistência que una tecnologias ancestrais e biomédicas. Seguem duas propostas de como isso poderia ser feito no âmbito de uma concepção de justiça reprodutiva.

## **8.2 Resgate das sementes crioulas: valorização dos conhecimentos tradicionais**

Os primeiros quilombolas tiveram que aprender a sobreviver na região da Chapada para poderem continuar livres. Essa adaptação deu origem à cultura de envolvimento e preservação da natureza que temos hoje. Há muito tempos atrás, eram nós que dependíamos da natureza para sobreviver. Hoje, é a natureza que também passou a depender do povo Kalunga para sua preservação, porque é aqui que se conservam diversas espécies de animais ameaçados de extinção... (Costa, 2013 p.24)

O que mais nos precisamos é de condições de trabalho, escolas e professores capacitados com melhores acessos aos novos conhecimentos, onde os nossos

jovens não precisa de sair da comunidade tão novos.(Wanderleia dos Santos Rosa, 2013 *apud* Costa, 2013 p. 42)

É preciso garantirmos uma gestão sensível a todas as questões que nos são caras no âmbito desse tema, respeitando nossas práticas tradicionais de promoção à saúde, nossas medicinas tradicionais, nossas parteiras e modos de realização de partos naturais, e os saberes de nossas lideranças espirituais. Conforme nossas ciências indígenas, a saúde não provém da somente da prescrição de princípios ativos, e a cura é resultado de interações subjetivas, emocionais, culturais, e fundamentalmente espirituais. (Declaração da Marcha das Mulheres Indígenas, 2019)

A intenção aqui é afirmar, reafirmar, repetir, confirmar e aplaudir a importância dos conhecimentos tradicionais para a vida na terra e a diversidade como princípio da vida. A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos\_ DUBDH (UNESCO, 2006) traz o respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo; a proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade; a não-discriminação e não-estigmatização; e igualdade, justiça e equidade como princípios. Aqui coloco no centro não apenas o respeito à diversidade cultural e à biodiversidade, mas a diversidade como princípio de vida. O equilíbrio da terra, que pode ser lido como justiça e equidade, depende diretamente da diversidade. Cada bioma, cada ecossistema é composto por diferentes seres que interagem e permitem a vida existir. A monocultura adoce as pessoas e a terra. Os saberes e fazeres das parteiras tradicionais são insubstituíveis.

hoje tem os médicos que tá aí pra nos ajudar, cada vez as coisas vai chegando uma vida mais confortável pra nós, mas as ajuda das parteiras a gente não esquece. (Moradora do Vão de Almas, 50 anos, 8 filhas, 6 nascidas com parteiras e 2 nascidas no hospital de Cavalcante)

[teve ruptura de períneo?] Não chegou de rasgar por causa da proteção. É isso que eu te falo. O segredo das parteiras de lá é que tem que sentar por isso, porque sentando em cima não tem como a criança ir pra lá. Mas partia uma coisinha, mais em cima, mas dava o banho e colava dinovo. Elas caçava o jeito de fazer os

calçamento delas. (filha de parteira, 60 anos, 8 filhas, 5 nascidas em São Domingos)

Meus filho não sofreu dor de barriga, não sofreu dor de cólica, que ela [parteira] fazia o remédio né? Cortava o umbigo, pegava o sangue passava na testa da parteira, passava na criança. Agora dessa outra que ganhei em Cavalcante, quase morri de dor de cólica. E ganhei ela sozinha. Porque quando eu ganhei ela que eu gritei eles, chamei, chamei ninguém apareceu, tive que levantar pra poder chamar eles lá no fundo pra poder vir e cortar ao menos o umbigo da menina. Ainda foram ligar pro médico muito longe ainda, pra poder o médico vir pra cortar o umbigo da menina. (moradora da cabeceira do vão, 49 anos, 3 filhas, 2 em casa e 1 no hospital de Cavalcante)

[você sente falta de ter parteira atuando?] Sim, porque... não é que eu tô coisa dos médicos, os médicos eles não...eles passam os remédios deles né? E as parteiras não, as parteiras elas faz os remédio que eu acredito muito, que eu vivi minha vida tomando os remédio da minha vó que até hoje eu faço. Aqui em casa até quando gripa, eu não levo pro hospital eu faço os meus remédios caseiros que eu já sei. Eu prefiro os caseiros do que os outros. E as parteiras é os remédios caseiros, não é esses outros remédios. Eu sei que tudo tem seu significado, os nossos é de um jeito e o deles é outro, mas eu creio assim, os do mato, se eles não resolver o problema que você ta sentindo, mas eles não causa outro. E esses deles, as vezes até melhora o que você ta sentido, mas você acaba causando outros problemas. Então eu não gosto de tomar esses remédios de farmácia, raramente eu tomo, o único que eu ainda tomo é pra dor, mas é raramente, eu prefiro os meus caseiro. As menina: "mãe eu tô sentindo tal coisa" eu já vou arrancar meu remedinho e faço. (Moradora da cidade de Cavalcante, 38 anos, 3 filhas nascidas em hospital, neta de parteira)

É algo que é importante para identidade das mulheres daqui.(...)É um trabalho que não é valorizado. (moradora do Vão de Almas, 23 anos, nascida de parteira, 1 filho nascido em hospital)

[você sente falta das parteiras?] eu sinto assim por causa igual dessas que eu to falando essa Supriana, ela era uma parteira boa e sabida, se tivesse um mininu que viesse errado ela sabia concertar, se já tivesse morto dentro da barriga ela já sabia cortar tudim assim. Aí a gente sente falta né? Que essas coisas a gente sente, que às vezes tem uma mulher ali sente dor, já nem pode ir pra rua mais. O povo hoje é muitos que já tem casa lá os que não tem a casa, mas tem parente que tem a casa e vai pra casa do pai já fica lá até o dia de ganhar. (moradora da Prata, 77 anos, 13 filhas nascidas em mãos de parteira)

você sabe porque é bom ter uma parteira em casa? se adoecer u mininu ela já sabe: “minha fia arranca aquele pé de ramo que é um remédio bom pra dar ao mininu.” “Minha fia esse remédio aqui é bom pra dar pra uma criança.” Se a gente é nova, se não sabe de algum remédio, se adoecer uma criança: “minha fia aquele remédio é bom pra febre, você vai lá e pega esse remédio”, ela ensina você tudim, você despeja no copo e dá a criança pra passar a febre. Que nem aquela cumadre Marina, aquela velha ali é a segunda mãe de meus mininus, que as vezes que eu tava com mininu com febre: “cumadre Marina, meus minino tá com febre”. “Uá cumadre! Bora no mato arrancar uns remédio.” E eu ia sabendo os remédio que ela arrancava e dava pro mininu. Porque a parteira em casa ela é muito melhor, porque ela sabe muito remédio. Que a gente ser nova, quando a parteira vai arrancar remédio você acompanha ela, pra saber qual o remédio que ela vai arrancar pra você também arrancar. Eu aprendi muito as parte do remédio com cumadre. (Moradora da Prata, 48 anos, 11 filhas, 2 em hospital)

Eu acho que isso deveria existir até hoje, isso não deveria ter sido cortado. Hoje as parteiras falam assim, algumas delas que eu pude observar e que a gente ouviu dizer: "hoje vocês não precisam mais da gente, tem os médicos da cidade pra cuidar de vocês". Outras, se você for estudar além, eu também estudei um pouquinho sobre essa questão da parteira, porque é uma coisa assim que o

próprio sistema da saúde excluiu, no meu ponto de visto, excluiu as parteiras, não devia ter excluído o conhecimento das parteiras, afinal de contas elas são os pilares desse conhecimento. Então isso foi tirado, devido, vamos dizer, o conhecimento mais científico que virou a formação da medicina dos médicos que também pegou esse conhecimento que ele é tradicional, dos povos e comunidades tradicionais, indígenas e quilombolas, esses conhecimentos que os médicos adquiriram são nossos também. Então porque não valorizassem, vamos dizer um hospital tivesse uma parteira presente, uma comunidade tivesse uma parteira que fosse valorizada. Não vamos dizer que a grávida não poderia ter acompanhamento médico, porque não ter as duas coisas?! Eu acho que essa questão da exclusão que houve pelo sistema da saúde, fez com que essas parteiras fossem se inferiorizando elas mesmas. E dizer "nosso conhecimento não vale mais", tem delas que chega a falar "nosso conhecimento não vale mais, o que vale é o conhecimento do médico". E tem também aquela questão assim, tem uma parteira, a dona Flor do quilombo Moinho, eu conheci por trabalhos acadêmicos, olha tudo que ela fala, eu observo nas falas dela que apesar dela ter sido ainda enxergada, ela sente uma exclusão por parte própria dos órgãos da saúde com relação a elas parteiras, e esse conhecimento. Então assim como ela, outras. (Moradora do São José, 39 anos, 4 filhas, 2 perdas e 2 cesarianas, neta de parteira)

Então como fazer valer esse conhecimento?

### **8.3 Formação de doulas/ajudantas comunitárias**

Como mencionei no capítulo sobre metodologia, venho desde 2003 organizando cursos de saberes com a parteira dona Flor. Entre os anos de 2018 e 2020 organizei uma formação continuada de doulas e parteiras. Dona Flor foi a mestra principal desta formação, mas, além dela, foram convidadas outras profissionais com conhecimentos afins. A proposta foi aliar conhecimentos científicos; terapêuticas de outras medicinas que vem sendo utilizadas como práticas integrativas em saúde; e os conhecimentos de dona Flor. Este foi um caminho escolhido para formar pessoas que pudessem atuar com mais segurança nesse diálogo entre a institucionalização biomédica da assistência ao parto e o desejo de partos domiciliares ou com cuidados tradicionais em saúde.

A ideia desta formação continuada brotou da escuta da inquietação de dona Flor que via muitas pessoas passarem por seus cursos, mas não tinha um retorno acerca da prática das mesmas, não via seus conhecimentos serem colocados em prática. Eu havia tentado formação continuada com dona Flor em anos anteriores, mas não foi bem sucedida enquanto estratégia de manutenção da prática dos cuidados em saúde. A aposta em uma formação que pusesse em diálogo diferentes conhecimentos foi definitivamente exitosa. Hoje existem pelo menos 6 parteiras e 9 doulas atuantes que foram formadas nesse curso e seguem atuando em rede, mantendo o vínculo com dona Flor e com o território Moinho. Ainda que tenhamos adotado estratégias para a participação de mulheres da comunidade de dona Flor, a maioria das participantes eram de fora. Apenas uma das suas filhas fez a formação.

Mas para ela essa formação permitiu que ela abandonasse preconceitos que tinha com relação à prática de sua mãe, e se empoderasse como doula. Ela relata que o curso foi importante para ela reconhecer a importância do trabalho da parteira, e que se sentiu segura com a formação para atuar como doula. Além disso, a formação movimentou a comunidade no sentido de valorização da parteria tradicional.

o parto normal de casa é mais importante porque ela é mais sobre a relação dela dos conhecimento dos povos antigo, que essa relação minha vó que passou pra mim, eu alcancei minha vó pra explicar pra mim um bucado de coisa. Eu sinto muito a falta dela porque ela começou, mas foi logo deus tirou ela de nós, aí eu não peguei muita relação sobre o conhecimento que ela ia passar pra mim. (Moradora do Vão de Almas, 46 anos, 7 filhas, 4 nascidas em casa com parteira e 3 no hospital de Cavalcante, neta de parteira)

Embora os saberes e muitas práticas das parteiras tradicionais sigam no cotidiano das pessoas em Cavalcante, elas estão difusas, e há um sentimento de perda em curso.

[você consegue imaginar um mundo sem parteira?] Não, porque se acabar, por mais que não é assim como era antigamente, as que tem fica com medo de fazer, mas eu acho que se acabar, aí funda... porque acaba os remédio caseiro, acaba tudo, e vai perdendo, e quando pensar que não, só deus mesmo, porque esses remédios deles eu creio que vale sim, mas não é igual o nosso. O nosso tem as

sua energia, os seus bens. (Moradora da cidade de Cavalcante, 38 anos, 3 filhas nascidas em hospital, neta de parteira)

[você ensinou pras suas filhas os cuidados de resguardo?]As minina minha? Eu fazia pra elas, faço até hoje, elas ganha eu faço. Mas elas nunca ganhou aqui, todas elas foi no hospital. Quando eu vou saindo do hospital, que eu tenho uma casa em Cavalcante, aí eu já levo daqui [as plantas], elas tudo fica pra lá. Aí quando elas sai do hospital eu já tô com o banho pronto, já tô com a arruda, mentrasto essas coisas tudo pra dar. (moradora de São Domingos, 64 anos, 19 filhas, alguns nascides em casa outres no hospital)

Se por um lado esta pesquisa mostra que as mulheres encontraram caminhos para adaptar as práticas de cuidado da parteria tradicional ao contexto atual de assistência, por outro os relatos apontam que está longe de ser o ideal.

[você consegue imaginar um mundo sem parteira?] Não. Tem que existir parteira nas comunidades. Até porque é longe da cidade, tem que ter uma parteira. (Moradora do Vão de Almas, negra, 24 anos, estudante, mãe de 4)

Porque eu sempre nunca fui parteira de verdade que eu não peguei menino nenhum, mas sempre que eu chegava onde é que tinha uma mulher com dor, sempre eu ajudava. Aqueles remédios que eu via minha mãe fazendo, se eu chegava em um lugar em que minha mãe não tava, aí alguém pedia uma ajuda, tinha hora que não precisava pedir ajudar, a gente sabia, e a gente ia, ajudava a fazer os remédios e dava. Tem hora que tem coisa que é mesmo a parteira, mas tem hora que tem que coisa que é a falta da memória da pessoa, aí já chega a amiga e fala isso aqui é bom. (moradora Vão de Almas, 53 anos, filha de parteira, mãe de 8)

sempre quando é assim quando a mulher ganha ela já vem cuidando de outras pessoas mais velha, que já tinha ganhado, a pessoa tem experiência própria mesmo. (moradora do Vão do Moleque, 43 anos, 4 filhas, 1 nascido com parteira e 3 no hospital)

Muitos saberes e fazeres da parteria tradicional ainda estão vivos na comunidade, mas cada vez mais estão se perdendo. Há uma ruptura reconhecida na transmissão. Uma formação que convidasse as mais velhas, as parteiras vivas para ensinar o que sabem à própria comunidade, mas com um tempo/espço específico para isso, com remuneração pelo seu trabalho, pode ser uma forma de reconhecer seu saber no campo profissional. Um certificado, no mundo em que vivemos, é também um estímulo para a juventude se atentar para a transmissão desses saberes, além de ser uma garantia de que as mulheres formadas poderão acompanhar outras na ambulância e no hospital; além de ser uma profissão reconhecida, que poderão receber remuneração pelo seu trabalho.

[quando sua filha crescer você pretende repassar os conhecimentos?] Sim. Eu acho que é importante demais essa questão de repassar esse conhecimento, até porque hoje a gente observa a dispersão dos mais jovens, inclusive eu por exemplo, se comparando com o que minha vó sabe eu não sei nada. Uma das coisas que eu abordei no meu trabalho sobre plantas medicinais, o que agente já perdeu aqui dessas mulheres, essas parteiras inclusive que se foram, elas eram donas de saberes medicinais incríveis, e que hoje não tá mais aqui. E aí vai saber que saber delas que ficaram né? Eu desenvolvi o trabalho nesse sentido de não deixar esse conhecimento ir embora. (Moradora do São José, 39 anos, 4 filhas, 2 perdas e 2 cesarianas, neta de parteira)

as parteira mais velha já faleceu, outras estão bem velhinhas, e vai perdendo o conhecimento. Eu por exemplo, há pouco tempo a vizinha nossa ganhou o nenezinho, e a sogra dela que é parteira tinha saído não tava no momento, e acabou que tava eu e mais umas vizinhas ao redor, mas que não tinha conhecimento, aí teve que sair as pressas atrás da sogra e de outras parteiras que mora bem distante, para poder vir pra socorrer ela, pra ajudar no parto. Porque a gente não tem mais aquele conhecimento, e como ela estava com dificuldade para ganhar, a gente sem saber o que fazia. Quando as outras parteiras chegou que começou a fazer os remédios, que começou a mudar ela de posição, aí foi rapidão. Então eu acho assim, é bom as pessoas aprenderem porque ajuda muito, porque precisa. (Moradora do Vão do Moleque, 34 anos, 4 filhas todes nascides em hospital)

[você sente falta de ter a parteira na comunidade?] sente, porque se tivesse a parteira e a gente soubesse que ia ganhar tudo normal, mas mesmo assim a parteira podia acompanhar a gente na hora que a gente desse dor e saísse aqui pra Cavalcante podia a parteira, porque as vezes não dava tempo de chegar, ganhava no meio da estrada. [moradora de São Domingos, 32 anos, 5 filhas, 4 nascidas em hospital e 1 em casa porque não deu tempo)

[você consegue imaginar um mundo sem parteira?] Aí fica difícil né, porque se uma hora acontecer de ganhar aqui, aqui não tem um postinho, não tem uma enfermeira, não tem nada, é meio complicado né. (moradora da Prata, nascida com parteira, 36 anos, 5 filhas, 2 em casa e 3 no hospital)

Vimos que muitas parteiras e ajudantas ainda quando deixaram de acompanhar partos nas comunidades prestam cuidados às mulheres, e as acompanham ao hospital quando é possível. Vimos também que uma das maiores queixas das mulheres é a solidão e falta de amparo no ambiente hospitalar. Outra preocupação que foi muito relatada pelas mulheres foi que quando as parteiras falecerem não vai ficar ninguém pra dar um assistência, caso seja necessário, nas situações que a mulher não conseguir sair pro hospital.

[você sente falta das parteira atuando?] Eu até que não. Quem eu vejo reclamando muito é aquelas que teve criança com as parteira aqui pra tá tendo na cidade, que aí eu vejo reclamar, que é muito ruim, que cá é melhor. Eu conheço uma menina lá que ela não vai, as mulher briga briga, mas ela não ia, ficava lá mesmo, porque ela gostava de ganhar cá. Agora eu foi só um e eu ganhei lá mesmo. Agora as que teve cá e depois teve que ir pra cidade reclamava que não queria que é mais ruim lá, que aqui as mulher não deixa só, é aquele apoio, uma pra segurar. Eu pra falar a verdade eu até queria ter tido filho aqui, pelo jeito que eu vi tratando essa que eu vi aí, muita gente pra ajudar, não fica só. No hospital você fica só, só seu acompanhante lá, você fica jogada lá, eles só volta pra vir dá toque. [você recebeu muito toque?] Recebi, toda hora eles vem, e é horrível. (moradora do Vão do Moleque, 43 anos, 1 filho no hospital cesárea, filha de parteira)

Embora a proposta seja uma formação de doulas, pensando que as maior parte das mulheres hoje afirma preferir o parto em contexto hospitalar, nada impede que essa valorização e fortalecimento dos saberes tradicionais aliados a saberes científicos e de outras terapêuticas, possa despertar a firmeza de parteiras jovens acompanharem partos em suas comunidades.

Se não tivesse parteira seria muito ruim pra comunidade, porque pode não dar tempo de ir para hospital. (moradora do Vão de Almas, 23 anos, nascida de parteira, 1 filho nascido em hospital)

[você consegue imaginar um mundo sem parteira?] Isso que a gente pensa né, porque de repente também pode ser que uma mulher que diz que vai pro hospital acontece que dá a dor cá atrás, cadê? Não tem nenhuma parteira, aí fica difícil, porque tinha que ter pelo menos uma porque aí acontece que se errar a marca e der a dor aqui tem que pelo menos... mesmo que fosse pra cidade, até alcançar a cidade tinha que tá a parteira junto, porque se ganhar na estrada? Inclusive uma cunhada minha ela foi pra ganhar mininu na cidade, ela ganhou na estrada, aí tinha a parteira que ia junto, aí fez o parto na estrada, aí foi pra rua mesmo só pra ir, mas já tinha ganhado, já tinha arrumado tudo. Podia até ter voltado. (moradora da Prata, 53 anos, 7 filhas, 5 em casa)

Em um município com dimensões territoriais tão grandes, cuja maior parte desse território é rural com zonas de difícil acesso, a presença de pessoas que possam acudir uma situação de trabalho de parto é uma necessidade para a saúde das mulheres e bebês.

Mesmo com recurso, ainda há mulheres que erram da data certa para dar a luz. Agora, esse ano de dois mil e quinze (2015), realizei um parto de senhora que estava indo pra cidade e acabou sentindo dor na beira do rio e foi para a casa da vizinha, e mandou me chamar, mas eu nunca vi parto tão complicado igual esse. Lembro também de uma senhora que deu à luz na beira do rio Branco, a caminho da cidade. Por isso, a mulher precisa saber lidar com um momento tão delicado, como é o nascimento (Dona Eva, parteira *apud* Santos, N. P. 2015 p. 27)

Eu não tava nem planejando sair. aí eu dei a dor, quando foi atrás do carro, meu pai arranjou o carro pra levar, não deu tempo mais, aí eu ganhei aqui na casa de minha mãe mesmo. (Moradora de São Domingos, 32 anos, 5 filhas, 4 no hospital e 1 em casa porque não deu tempo)

O parto da minha mãe, durante quando me ganhou, foi realizado pelas próprias Parteiras da comunidade, não sei o nome dela, pois a minha mãe nunca me disse quem foi. Atualmente, conheço dez Parteiras, e essas têm um longo conhecimento sobre os saberes, benzimentos que ajude contra alguns mal estar de crianças ou de adulto mesmo, e quando a mulher está com dificuldade no parto. (...) No meu ponto de vista, gostaria que eles continuassem, pois, já salvou muitas vidas, e que pudessem ensinar para outras pessoas para continuar presente e ajudando às mulheres com necessidade.(Educanda do Vão de Almas, 16 anos, em 2015 *apud* Santos, N. P. 2015 p.40)

Outro educando de 17 anos também relata ter nascido em casa em mãos de sua avó Amança, ele fala que nunca aprendeu sobre nenhum conhecimento do parto mas que “se eles fossem repassados seria bom, porque quem não sabem apreendem”(apud Santos, 2015, p. 40). Mais três relatos de educandos trazidos por Niecia Santos falam da importância dos conhecimentos serem repassados.

Nos grandes centros urbanos e também em algumas cidade menores, vem aumentando a formação de doulas. Este nome, embora seja importado, remete ao que aqui é mais comum ser chamado de ajudanta, e que está presente na história do parto em quase todos os cantos: aquelas mulheres que ajudam as outras na gestação, parto e pós-parto. A presença das doulas é sentido pelas mulheres como um amparo emocional e físico fundamental. Além disso a presença de doula e acompanhante no hospital tem refletido em menores índices de violência obstétrica e podem refletir em transformações no racismo institucional.

às vezes fala que a gente pega muita friagem, e quando a gente tava com dor, elas faz aquele banhozinho, já é o que a gente não ranja no hospital, que eu achei muito estranho. Que as vezes aqui é o perigo que a gente pensa que ficava longe do conforto, mas só que uma ajuda das parteiras, as parteira ajudava muito, elas tinha muito remédio. (Moradora do Vão de Almas, 50 anos, 8 filhas, 6 nascidas com parteiras e 2 nascidas no hospital de Cavalcante)

Considerando tudo isso, algo que vejo que pode ser de grande contribuição para o município é a formação de doulas comunitárias, com um conteúdo diferenciado das formações das grande cidades. Uma formação que tivesse as parteiras das comunidades como mestras, mas também profissionais de fora que possam trazer informações sobre o modelo biomédico de assistência ao parto, e assim

possibilitar um aprendizado crítico que possa servir de amparo para as mulheres da comunidade que virão a parir. Além disso, algumas noções básicas de primeiros socorros à parturiente e à recém nascida podem ser de grande valia, considerando a distância das comunidades dos hospitais.

Imagina um mundo assim sem parteira e vai que eu posso engravidar e de repente num sertão igual esse aqui, sem carro, sem um meio de ir\_que a gente vai de transporte dos outros pagando passagem\_ e se de casa de repente desse a dor aqui e não tivesse uma parteira pra ajudar a gente, pra gente poder ganhar? Aí seria muito ruim, e com a parteira seria bom. (Moradora do Vão do Moleque, 24 anos, 2 filhas em hospital)

[você imagina um mundo sem parteiras?] Não é bom não. Porque é muito ruim, hoje tem concorrência, tem tudo, tem socorro, tem carro, porque aqui antigamente não tinha carro, hoje tem, mas não é bom. Porque as vezes sai uma mulher aqui com dor e ela resolve ganhar neném na estrada, melhor uma parteira junto, tem que ter uma parteira junto. (moradora do São José, 47 anos, 2 filhas nascidas de cesariana)

Essa minha irmã, esse rapaz que tá aqui foi eu que peguei. Ela deu dor aqui, foi pra Cavalcante no ônibus [escolar] aí quando chegou no pé da serra, ela começou a dá os puxo, aí eu gritei para parar. Parou, falei: “me deixa aqui e você vai buscar um carro no hospital pra levar ela”. Porque o ônibus cheio de gente, ela já dando piti pra ganhar. Meu irmão trabalhava no hospital, nós descemos e uma amiga que trabalhava no hospital também. Aí descemos, ficamos na casa de uma senhora. Meu marido foi no ônibus, lá ele arranjou um carro e veio, quando ele chegou o menino já tinha nascido. Nós já tinha pegado ele. Na hora que o menino nasceu eu que peguei. Quando o carro chegou já tava tudo arrumadinho, aí eu falei, não vamu levar ela não, deixa ela aí. Aí eu fui pra Cavalcante, aí eu pedi pra no outro dia buscar ela pra fazer o teste do pezinho, aí eles veio buscou, fez o teste do pezinho. (moradora da Capela, 55 anos, acompanhou dois partos com uma parteira Brisda para aprender, caso precisasse)

eu acho que era bom se o governo, a prefeitura, que tem lugar que tem [parteira], inclusive Cavalcante... o bom é se o governo, a prefeitura, resgatasse, que mesmo que eles fosse pro hospital, mas que uma parteira pudesse acompanhar, inclusive numa região que tem uma parteira, as mulheres tem mais liberdade com ela. Eu acho que até emocionalmente, se no hospital tivesse uma parteira pelo menos pra tá ali em volta, acho que o parto era até mais fácil. (Agente Comunitário de Saúde do Rio Preto, 53 anos)

[você consegue imaginar um mundo sem parteira?] É ruim de mais. Tinha que tê. Porque uma hora às vezes quem sabe uma mulher buchuda dá dor rapidão e não tem como ir pra rua, que às vezes não tem carro, mas já tem aquela, já corre atrás, já vem, já salva a vida. (moradora da Prata, 55 anos, 13 filhas, um tanto com parteira e um tanto no hospital)

além disso, a Justiça Reprodutiva clama pela necessidade da organização de meninas e mulheres em seus bairros, comunidades e territórios, na luta contra o status quo. Algo extremamente importante para a materialização dos direitos sociais, dada a necessária organização social e política dos sujeitos, que precede a noção de qualquer direito. (Oliveira, Rayane Noronha, 2022 p. 246)

Nesse sentido, uma formação continuada pode favorecer a aliança das que dela participam. A troca de saberes, de experiências, permite um caminhar coletivo na busca por alternativas. Seguramente muitas outras estratégias além das sugeridas nessa tese virão dessa interação, desse tempo/espaco coletivo destinado a reflexões críticas nesta temática. E sem dúvida alguma precisa ser um curso que inclua temáticas sobre racismo, cisheteropatriarcado, capitalismo, combate às violências, infância, direitos humanos, economia solidária. E um curso que priorize facilitadoras da região, ou que venham de outros contextos comunitários, e facilitadoras negras que desde esse lugar no mundo possam melhor expressar os caminhos de bem viver em consonância com a maioria de mulheres negras de Cavalcante.

Algo que ficou nítido é como as novas gerações conhecem menos plantas que as gerações mais antigas. Um dos objetivos dessa tese era fazer um registro sistematizado com cada planta medicinal citada e seu uso, e quem ensinou. Eu inciei esse trabalho, e já tem um rascunho de tabela com 50 remédios. Por uma questão de tempo e necessidade de escolher onde focar eu abandonei essa

sistematização. Ao decorrer da escrita me foi ganhando mais sentido a ideia de fazer isso em um momento futuro junto com a comunidade. Eu tenho as transcrições das entrevistas com as plantas e os usos, e isso pode facilitar pra comunidade essa sistematização. Algumas professoras do Vão do Moleque e São José já se mostraram bem abertas e com vontade de fazer trabalhos desse tipo. Então, esse será mais um retorno da pesquisa para a comunidade. Um trabalho de sistematização dos conhecimentos de parto colhidos nessa tese. E o que será feito com ela, vai depender do que as pessoas envolvidas vão querer. Acredito que pode ser interessante também pois existe alguma variação do uso de plantas em cada comunidade e essa sistematização pode também ser ponte nessa troca de saberes.

Filha dela ganhou na cidade, hospital de Cavalcante. Eu vi que tava demorando ainda fui atrás de um parteiro para ajudar ela, parteiro aqui da região que é uma confiança forte. Eu vi que tava demorando muito, aí eu pensei assim: “essas enfermeira, essa médica... deixa eu ir buscar, com essa pessoa do meu lado é rapidinho ela vai ganhar.” Aí eu fui chamei o rapaz que tava mais eu no carro, aí ele ficou com ela. Fui lá na casa de Sebastião, ele não tava, ele tava numa outra casa de uma vizinha. Aí eu chamei ele, ele escutou minha voz e já sabia o que era, aí ele veio. “Minha filha tá no hospital eu tô precisando de uma ajuda de uma pessoa, eles lá ta bancando mole, to sentindo que já era pra ela ter ganhado.” Chegando lá, desceu do carro já foi fazendo as reza, aí ele ficou lá em pé, aí ele de lá, e eu também fazendo minhas oração forte, daqui um pouco nós já ouviu o choro da minina. (Moradora do Vão de Almas, 50 anos, 8 filhas, 6 em casa e 2 no hospital)

[você aprendeu então a reza?] Eu aprendi, eu sei alguma oração de parto também para ajudar. Porque as vezes eu via que a parteira não sabia algumas. Eu sei várias orações para mulher, mas eu não vou falar não. As orações eu aprendi com minha mãe. (Moradora do Vão de Almas, 50 anos, 8 filhas, 6 nascidas com parteiras e 2 nascidas no hospital de Cavalcante)

Outro conhecimento tradicional que pode ser incluído nessa formação é o benzimento. Em Brasília a experiência da Escola de Benzedeiras tem rendido bons frutos.

meu pai era parteiro, Domingo, ele era parteiro, ele sabia benzer, primeiramente Deus, depois ele, porque se chegasse num estado dele uma mulher passando mal por isso ela não morria. Aí ele benzia e a mulher ganhava mininu. Então eu aprendi que vinha muita gente atrás do meu pai, aprendi com ele e com minha madrastra, que era parteira também. Ela pegava e ele benzia, mas ele pegou alguma também. (...) Eu aprendi um pouco, mas o principal [benzimento] mesmo que ele defendia pra mulher não morrer, esse eu não aprendi. Aprendi os mais leves, mas o pesado mesmo que ele sabia não aprendi não. Porque eu tava ganhando mininu, e não podia enquanto a gente tá ganhando não pode aprender esse benzimento, que se aprende é perigoso a gente abortar a criança, aí eu não aprendi, e quando ele morreu eu tava gestante. (Moradora do Vão de Almas, 54 anos, mãe de 12, 3 nascidos na cidade, outres na roça, parteira pegou 3 mininu dos outros e 1 dela mesmo)

quando eu engravidei, eu não sabia que tava grávida de gêmeos. Foi crescendo a barriga, minha barriga entortou ficou aqui, aí eu falava pra mãe dele: "estranho que todo mundo engravida e a barriga da pessoa não fica assim torta pra um lado." Aí minha sogra falava: "Gravidez é assim mesmo, você que nunca teve filho nenhum, é assim mesmo. Aí foi nada não." Aí eu dei dor pra ganhar essas crianças, foi 4 dias de dor, eu tive o menino num dia, fui ter a outra no outro dia na mesma hora que eu tive o outro. E ninguém sabia que eu tinha outro mininu na barriga, e eu sentindo dor. Aí minha tia [parteira Brarda] chegou, mexeu na minha barriga e falou assim: "ela tá com outro menino na barriga". E ninguém sabia. E aí torou o dia e a noite, aí falou assim: "tem um homem aí que ele é bom pra benzer." Aí meu marido mais o primo dele falou: "vamu lá nesse homem". E eu acho que ele tava aqui na fazenda. Aí veio bater aí. Aí ele pegou um cordão assim, e fazendo o benzimento do cordão, aí ele falou: "vocês vai embora, chega lá você pega o cordão, amarra na cintura dela 3 vezes, se ela não ganhar esse menino, não precisa sair com ela, pode arrumar o caixão". Aí assim o pessoal fez, meu marido chegou lá, e eu ruim ruim. [Mas a contração continuou?] Continuou, aliviava um tiquim, quando a dor vinha era dor, uma atrás da outra. Aí eles

benzeu assim, aí quando foi no outro dia, eu ruim, aí o homem foi, aí uma mulher: "benze aí pra ver" quando o homem benzeu, aí tornou benzer, aí eu ganhei o menino, o menino bateu lá assim um pedaço, de noite. Na mesma hora que eu ganhei a menina eu ganhei o menino. Também eu não dei fé de mais nada, e o povo virou aquele gritacê, aquele choroteio, meu irmão, meu pai, chorando de ver aquilo, quando eu acabei de ganhar o neném parece que eu podia montar e sair correndo. Não sentia mais nada, foi um trem assim que parece que deus chegou na mesma hora passou a mão na minha cabeça que eu não sabia o que que eu tava. É uma história assim que quando eu conto o povo pensa que é mentira. (moradora da Capela, 64 anos, 4 filhas, um em casa e 2 em hospital em Brasília. O parto relatado era prematuro a menina sobreviveu e o menino faleceu. Isso foi provavelmente no final da década de 70)

E essas parteiras estão sendo esquecidas e depois de mais alguns anos não terão mais histórias contadas por elas, de como é fazer um parto e trazer ao mundo uma criança com saúde e sem complicações.( Santos, S. A., 2015 p.11)

Um saber tradicional diretamente associado à transmissão de conhecimento sobre partos e ervas é a contação de história. A cultura da oralidade é manifestada nos detalhes de cada história, especialmente na voz das mais velhas, mas ainda vivo e presente nas de meia idade, e quase inexistente nas jovens. A narrativa das histórias te transporta para os lugares, são lembrados/recriados diálogos completos, com detalhes da ambiência, seja de momentos presenciados pelas que contam, sejam de situações que fazem parte daquela história, mas que não foram presenciadas. Se uma pessoa vai contar como foram buscar a parteira pra fazer o seu parto, esse trajeto, a forma como a parteira se encontrava em sua casa, o que foi dito, tudo é contado em detalhes. A transcrição aqui, ainda que busquei uma maior literalidade, não alcança a riqueza das sonoridades, as entonações, os diferentes sotaques, mas se pode ter uma ideia.

A contação de histórias ao meu ver trabalha com a memória tradicional e ancestral, saber contar a história que foi contada pela vó, ainda que não tenha sido presenciada, na mesma riqueza de detalhes é a história viva. As histórias de parto, imersas em medo, emoção, alegria, livramento, união, amparo é também uma estratégia de manutenção desses saberes. Penso que esse também é um caminho que pode ser tomado tanto para honrar a memória das parteiras, como pra um registro histórico, quanto para uma

possível valorização do conhecimento ancestral, pelas pessoas que são herdeiras deste. Estimular essas contações pode ser um caminho na regeneração daquilo que ainda nutre os jovens corações, e também um aprendizado para aquilo que pode ser transformado, dores que podem ser lembradas pra não serem repetidas.

Sublinho aqui que não me refiro apenas a ação de contar uma história do passado, mas a forma que essa história é contada. Por exemplo, observei que a pergunta durante as entrevistas sobre a memória de infância, que tinha o objetivo de uma referência de tempo cronológico de como era e se havia mudado, ganhou um novo sentido para mim, pois acabaram falando também sobre como o parto era entendido, e sobre memória coletiva.

eu lembro muito pouco, lembro que a gente ia, quando a mulher dava a dor, que as vezes o pessoal avisava, aí mãe ia e levava nós, só que a gente não via nada. Só mesmo o povo barulhando, as parteiras, porque tinha as parteiras mas também tinha as ajudante, as mulher que ia pra cozinha pra fazer o chá pra esquentar a dor, fazia chá de cravo, canela, pimenta. Essas coisa nós ia, esquentar o garfo pra queimar o umbigo. (moradora do Vão de Almas, 25 anos, 5 filhas)

primeiro[parto] foi demorado demais, os outros foi tudo rápido que quando eles chamava a parteira eu já tinha...vamos supor, eu to aqui nesse quarto, tem um outro quarto ali, gente deitada ali, aí eu mandava as vezes o marido ir buscar parteira, quando chegava aquele homem que tá deitado lá naquela sala lá, eu to aqui no quarto, nem via se eu tinha ganhado mininu, depois que u mininu já ta chorando há muito tempo é que acordava assustado: "ô dona, o que foi isso aí dona?" Aí eu falei: "eu ganhei o neném". Aí eu fui chamar o filho mais velho, chamei: "levanta aí e panha..." sempre aqui a gente tinha uns foguete pra poder atirar na hora que a mulher ganhava o bebê, sabe? Aí eu falei com ele assim: "levanta aí e panha a espingarda e atira aí pra mode a Raimunda mais Laurinda ver que eu já ganhei neném". Aí ele pegou a espingarda e atirou e eles ainda tava na casa ainda, arrumando pra ir pra casa, você acredita? Quando chegou... porque pra mode eu ganhar, eu forro um trem lá no chão, e boto um cepinho lá, aí sentava lá e botava a luz lá de um lado lá, o azeite...eu não fazia manifestação de

nada, eu não gemia. (moradora da Capela, 69 anos, 14 filhas, todes nascides em casa, 7 nascides no Órfão)

Ana Mumbuca (2020) explica que todos os povos da circularidade tem sua forma de difusão do conhecimento e que :

muitas pessoas externas a nós nos vê: a você estão perdendo o conhecimento, eu não to vendo vocês passarem o conhecimento. A gente é um povo que não perde conhecimento a gente reedita conhecimento, o que a gente quer guardar a gente guarda e não tem ninguém que tome. Os nossos conhecimentos são compartilhados da geração avó de diversas formas. (...)

Conhecimento ancestral permeia como a água, nem as usinas hidrelétricas conseguem barrar a água, ela evapora, ela penetra, ela faz tudo em todos os estados possível, mas parada ela não fica, os povos da circularidade, indígenas e quilombolas, do meio início e incio novamente, somos infinitamente continuidade. (Ana Mumbuca, 2020, min. 50).

tem uns 10 anos que Sercunda faleceu, só que ela já não tava acompanhando pela idade e porque as mulheres começou a ir pros hospitais... [ninguém aprendeu com ela?] algumas que às vezes pode ter aprendido alguma coisa com ela, mas não usou a prática, então terminando não sabe se na verdade ficou prática mesmo, se tem os conhecimento que ela tem. Porque pode ter pegado as instruções com ela, mas se não pôs em prática, terminando esquecendo. Então hoje aqui eu agaranto que não tem uma aqui que sabe o que ela sabia. (Agente Comunitário de Saúde em São José, 65 anos)

Ainda que tenha ouvido muitos relatos como este, sobre a perda de conhecimentos, acredito que existem muitas formas de transmissão de conhecimento que permeiam como água. As ferramentas de aprendizado dos saberes e fazeres ancestrais superam a transmissão oral. A fonte espiritual opera. Por exemplo, o povo Truká recuperou até mesmo sua identidade, nome do seu povo, através das mensagens dos encantados (Truká, Maria José e Bino, 2021). Alguns povos do nordeste vem recuperando os saberes sobre plantas através da espiritualidade, o aprendizado com o mundo invisível. Essa é uma esperança nesse território cavalcantense, porque muitos saberes já não se encontram encarnados. Mas seguramente

essa transmissão imaterial depende da abertura de quem a receba, e de uma coletividade que sustente essa continuidade.

Na agrofloresta, uma forma de se cultivar plantas alimentícias buscando o aprendizado com as floresta é o que tem sido chamado consórcio de plantas: criar um ambiente de plantio onde umas plantas ajudam as outras. É um tecnologia ancestral, por exemplo, em Abya Yala é muito comum o consórcio entre milho, feijão e pimenta. Um dos desafios que precisam ser atravessados para uma melhor assistência ao parto e justiça reprodutiva, acredito ser o uso combinado dos conhecimentos tradicionais e científicos institucionalizados.

[você repassaria os conhecimentos que você aprendeu com as parteiras pras suas noras?] (...) hoje, como eu tenho o conhecimento científico, essa parte do azeite eu não deixaria ela fazer, mas o banho de acento, o remédio, a sopa, não comer coisa pra fazer mal pra u mininu, eu converso muito. [E o azeite porque não?] Hoje eu sou uma profissional da saúde, eu cresci aqui no Engenho vendo isso. Eu vi crianças morreu com tétano, e o que acontecia? Como acontecia? Quando a mulher paria, a gente nem via porque eles não deixava a gente ver, mas a gente sabia de tudo, que eles cortava com a tesoura, essa tesoura era colocada na cabeceira da cama e fincada 7 dias diz que era pra a bruxa não vir, a borboleta que vinha pra chupar o umbigo, então eles fazia isso. Então nós crescia dessa forma, e u mininu não podia sair fora até os 7 dias, era tanta coisa que seguia e eu vivi tudo isso, mas quando eu ganhei eu já sabia que isso aí era só lenda. E o azeite [de mamona] o que acontece, depois que saiu a vacina as criança deixou de morrer. Então essa bruxa era uma lenda. E o azeite ele é ótimo, eu mesma eu uso no meu cabelo, eu bebo eu faço tudo, mas numa criança, como hoje eu tenho o conhecimento científico, eu estaria fazendo uma coisa ilegal da minha profissão. (técnica em enfermagem do hospital, 56 anos, trabalha desde 2004 na saúde pública do município)

Hoje não é possível ignorar as metodologias científicas de produção da verdade. Portanto, aliar os conhecimentos pode ser uma estratégia de valorização. Por exemplo, no caso acima, difundir que as análises laboratoriais feitas do óleo de mamona apontam que ele é cicatrizante, bactericida e fungicida (Floriano; Odeh, 2020), e portanto seu uso no umbigo não tem porque ser contraindicado. Para mim os

dilemas desse tipo de diálogo são a necessidade de “comprovação” do saber tradicional por uma metodologia que eu mesma duvido, uma análise em laboratório frente a séculos de uso e mais: todas as mulheres que eu entrevistei usaram o óleo de mamona, e toda falam como a cicatrização do umbigo é mais rápida e melhor. Isso é um dado estatístico que poderia ser melhor sistematizado para se tornar evidência. Mas ainda assim a “comprovação” ficaria condicionada a institucionalização do saber. Além disso, as regras de comprovação geralmente envolver testes em animais, metodologia bastante questionada e questionável. Ainda com todas essas contradições, o diálogo entre conhecimento tradicional e laboratorial pode contribuir para o fortalecimento das práticas tradicionais.

Também chama atenção no relato anterior o medo de fazer algo ilegal. Sabemos que é muito difícil para alguém das comunidades tradicionais chegar a ter um diploma de nível superior e conseguir um emprego na área. São muitos desafios superados no caminho, e um racismo institucional pesado em todos os níveis do ensino. Para muitas dessa pessoas a supressão dos seus conhecimentos ancestrais foi uma estratégia de sobrevivência.

eu lembro de uma vez a que ela [Sercunda] foi atender uma mulher e ela falou assim: eu vou fazer o ultimo trabalho que eu costume fazer pra ganhar mininu, se u mininu não nascer vocês pode sair com ela. Mas aí nasceu. (Agente Comunitário de Saúde de São José, 65 anos)

teve uma obstetra aqui que ela veio, e ela tava fazendo parto aqui, e ela tinha todo conhecimento, morreu umas duas crianças com ela aqui, que que ela fazia? Ela pegava os pacote de parto com a gente, o doutor dava, porque tal e tal. Sabe o que ela fez? Um dia ela foi começar a fazer o parto, não deu conta de fazer o parto, ela pegou a mulher nas últimas e jogou, levou pro hospital, você acha que ela quis ao menos seguir com a mulher? Ela não seguiu com a mulher. Nós é que pegou pepino e que fomos com a mulher pra Campos Belos e que a mulher chegou lá era cesariana, ela não tinha passagem. Então o risco é muito grande você querer fazer parto aonde não tem um cirurgião, o problema todo só é esse. Mas da hora que tiver um cirurgião, porque se você tem uma complicação o médico só tchup tchup. por isso que eu acho que a parteira sem isso, é complicado.(técnica em enfermagem do hospital, 56 anos, trabalha desde 2004 na saúde pública do município, nascida com parteira)

O relato anterior aponta para a segunda proposta que mencionarei nessa tese: a existência de um centro obstétrico na região. Fica nítido que um recurso de emergência biomédica mais próximo pode favorecer a continuidade de partos domiciliares atendidos por parteiras. Porém, o mesmo relato sinala um desafio com relação a um trabalho conjunto de assistência, onde o lugar de cada uma seja respeitado. Quando ouço “ela não deu conta de fazer o parto” estou ouvindo uma responsabilização absoluta pelo que aconteceu na forma como foi conduzido o parto pela enfermeira obstetra, algo que é comum em alguns países, e centros urbanos brasileiros, onde o poder médico tenta barrar o atendimento domiciliar ao parto por parteiras profissionais. Num trabalho conjunto provavelmente seriam justamente as emergências as que seriam encaminhadas, então, como estabelecer um diálogo de forma que a mulher que chega a um hospital por alguma intercorrência ou emergência de um trabalho de parto iniciado em domicílio pode ser bem acolhida, sem ser julgada ou sofrer retaliações? Esse caso é de uma enfermeira obstetra, imagina se fosse uma parteira tradicional.

A formação aqui proposta teria que envolver profissionais e gestores da saúde do município e difundir o entendimento desse trabalho conjunto. Se uma parteira leva uma mulher para um hospital, é porque ela entendeu o limite do seu fazer e está buscando o que é o melhor para aquela situação, ela não pode ser punida por isso. Nem muito menos a mulher ser punida por ter escolhido um parto domiciliar, e tendo este não desenvolvido, procurar a via hospitalar como segunda opção. Esse trabalho harmônico não é algo totalmente estranho ao município, ele já existiu de alguma forma, como foi narrado em algumas entrevistas e nesta que segue:

Por exemplo, as parteiras era mais na zona rural, se a gente tivesse na zona rural e elas tivesse ali com uma mulher em trabalho de parto, elas mandava chamar a gente, aí a gente ia. A gente respeitava o jeito delas, mas a gente orientava elas a colocar uma luva, porque elas não tinham nada disso. E elas aceitavam, e aí elas falava: “vem me ajudar” e a gente ia e fazia junto com elas, respeitando o jeito delas porque elas tinha passava azeite na barriga da mãe, tranquilo, não vai prejudicar em nada, então a gente fazia com elas naturalmente. E tinha aquele carinho, elas tinha um carinho muito grande com agente e agente com elas. Eu falava que a gente ia auxiliar elas porque o conhecimento delas era muito maior que o nosso. Já auxiliei vários partos em casa e tranquilamente. (Assistente

Social e Técnica em Enfermagem, 53 anos, branca, trabalha a 31 anos na saúde do município)

#### **8.4 Centro de Parto Normal regional: uma necessidade para a justiça reprodutiva**

[as parteiras pararam] porque elas achou muito difícil muito perigoso, muita falta de socorro. Vamu supor, se por exemplo tivesse assim um posto de saúde aqui, um hospital, tipo um coisa de atender emergência, talvez ainda podia acompanhar, mas como aqui não tem nada disso...(Moradora do Vão de Almas, 59 anos, 8 filhas, pegou 3 mininus)

Pra mim um dos maiores desafios é a paciente chegar no hospital com as troxinha, você jogar ela dentro da ambulância e sair daqui com ela. Com chuva com sol quente, carro quebra nessas estradas, você faz parto nessas estradas, mininu nasce... pra mim é um dos maiores desafios que eu acho que tinha que mudar era essa parte de sair com elas daqui. (técnica em enfermagem do hospital, 56 anos, trabalha desde 2004 na saúde pública do município, nascida com parteira)

Pare e reflita: a atual assistência oficial ao parto no município prevê que as pessoas saiam em trabalho de parto de ambulância para percorrer entre 140 e 275km, aproximadamente entre 2 e 4 horas, longe de sua rede de apoio. Isso a partir do momento que chegam no hospital, sem contar o trajeto que elas realizam até o hospital de Cavalcante. Leia novamente. Não parece absurdo?

a gente naqueles pulacê dentro de ambulância, você sofre demais, você andar assim com dor em ambulância é ruim demais. (moradora do Vão de Almas, 50 anos, 8 filhas, dois partos em hospital e outros em casa)

[como foi o trajeto na ambulância com dor?] Foi bem complicado porque a gente não podia ficar nem deitada, nem sentada, porque deitada a gente não consegue mesmo, e sentada a gente não podia ficar muito sentada. (moradora do Vão de Almas, 31 anos, 5 filhas)

Trouxe aqui mais alguns relatos sobre o desconforto que é estar na ambulância, para lembrar do quão grave e violador de direitos é a desterritorialização do parto e nascimento, que não pode ser normalizada. Além da situação da vulnerabilidade emocional, da complicação do parto fisiológico devido às condições do ambiente, está a insegurança física que pode ser parir em uma ambulância não equipada para emergência obstétricas e neonatais e com poucos/as profissionais.

Aqui a gente faz parto, pariu, você pode ficar até uma hora com a placenta retida tentando ver se ela sai, se não, você tem que jogar a mãe, o RN, nós tudo e vai pra tirar essa placenta. Se dá uma hemorragia na mulher... morreu uma mulher aqui no hospital de Cavalcante. Ela tinha problema cardíaco e engravidou, ela pariu e iniciou uma hemorragia. O hospital de Teresina tinha que ter mandado pra Alto Paraíso que lá tem Samu e rapidinho sai. Eles manda pra cá e é sempre. Uma vez a gente fez uma cesárea aqui, eu trabalhei 8 meses como enfermeira, sabe o que o doutor fez em Teresina? Mandou uma técnica de enfermagem com um mulher de gêmeos. Quando chegou aqui o doutor era novo, quando a mulher chegou que desceu "tá parindo, é gêmeos" eu falei: "desce, pode descer". Quando eu falei isso o médico brigou comigo, falou: "como é que você desce uma mulher de gêmeos aqui, como é que vamos fazer?" Eu falei: "não, aqui é um hospital, a gente não volta ninguém, vamos descer e vamos ver." Menina, ele brigou comigo. Aí nasceu o primeiro mininu, aí eu falei pra ele assim: "chama o doutor Roberto que é muito experiente." Escutou os batimentos e não dava pra saber que tinha outro. Aí esse doutor foi, a mulher e a técnica de enfermagem na ambulância, o motorista e o acompanhante e o doutor foi acompanhar até Planaltina, chegando lá fez cesariana foi tirar o outro mininu. (técnica em enfermagem do hospital, 56 anos, trabalha desde 2004 na saúde pública do município, nascida com parteira)

Teresina é o município vizinho, a cidade fica a 20km da cidade de Cavalcante. Você imagina alguém mandar uma emergência para uma cidade que num tem recurso como Cavalcante? É muito desespero.

eu percebo que não mudou muita coisa em relação a parto e paciente grave. Teve uma amiga saiu grave só com a técnica. Você vê, se o médico ficava com medo aqui que via que o parto ia complicar, como mandava uma técnica sozinha dentro

da ambulância? Que dentro de uma ambulância, uma pessoa sozinha não dá pra dar aquela assistência que as vezes no hospital dava com o médico, a enfermeira, a técnica, com mais gente né? Então é complicado. Tá precário, Cavalcante parece que não tá andando nem a passo de tartaruga, tá andando pra trás. A gente fica sentida com isso, que não tem aquela evolução de outra cidade, às vezes até que é interior igual a gente, que não tem muito recurso, mas a gente vê que tá andando mais rápido que aqui. 20 anos pra ficar na mesma coisa, do mesmo jeito. Se for parar para analisar, se a verba que vem da saúde não dá pra arcar com o cirurgião e o anestesista, então eu acho que o correto é, igual, tem outra cidadezinha que tá na mesma situação de Cavalcante, a gente tem Colinas do Sul, tem Alto Paraíso, tem Monte Alegre, tem Teresina, tem São João da Aliança, então eu acho que o correto seria juntar essas 4/5 cidades que estão na mesma situação de Cavalcante e equipar um hospital que ficasse centralizado e aí esses município tudo ajudava pra pagar esse cirurgião e esse anestesista, um pediatra que aqui precisa muito, um cardiologista. (Enfermeira, 54 anos, nascida com parteira na cidade de Cavalcante, trabalha desde 2000 na saúde do município)

[sugestões?] reforma do nosso hospital que tá sendo feita, pra gente ter um centro cirúrgico, porque da hora que você tiver um centro cirúrgico e puder contratar um médico cirurgião, você vai poder dar assistência ao parto dentro de Cavalcante. Seria a melhor coisa que ia acontecer com agente. Porque é muito sofrido, esses partos que tem que ir pra Campos Belos, se você tem um centro cirúrgico funcionando você pode fazer o parto normal. Porque eles deduzem assim, tem o risco, tem o centro cirúrgico. Pensar em voltar as parteiras a gente não consegue mais, porque o povo aqui já não faz mais assim, e era uma época tranquila. Os partos humanizados, os partos que não era nada forçado, que a família tava ali junto, é muito mais tranquilo você ganhar, igual eu falei, minha filha ganhar um filho comigo do que ir pra dentro de um hospital pra ficar lá sozinha. Então uma coisa humanizada. E tando aqui, por exemplo, se tiver um parto aqui no hospital de Cavalcante a mãe da paciente tá la junto, ou a irmã, já lá pra Goiânia não pode

tá junto, **então eu acho que o parto no lugar da gente ele é mais humanizado**, tem uma hora que a mulher precisa do apoio da família. Porque você vai ganhar lá em Brasília, Goiânia onde for, tanta mulher lá pra ganhar neném, ninguém vai ficar lá... e aqui não, quando você vai fazer um parto aqui, o parente tá ali junto, então é mais humanizado. (Assistente Social e Técnica em Enfermagem, 53 anos, branca, nascida com parteira na zona rural de Cavalcante, trabalha a 31 anos na saúde do município)

Hoje pra fazer parto aqui a mulher tem que chegar expulsando u mininu aí você faz o parto, mas se ela chegar e faltar duas horas pra ela ganhar, tem que colocar na ambulância e levar. Eu acho assim pra ter as parteira aqui, tem que ter uma casa de parto, o hospital tem que tá montado, aí as parteira aqui ia ajudar muito, porque ia ser um parto humanizado. Porque a parteira em si, só, sem ter... hoje mudou muito. Se fosse uma filha minha, um parente meu que falasse eu vou fazer um parto humanizado aqui em casa com a parteira, eu não deixaria. (técnica em enfermagem do hospital, 56 anos, trabalha desde 2004 na saúde pública do município, nascida com parteira)

Se fosse para pensar o ideal e desejado por muitas seria, obviamente, que Cavalcante tivesse uma casa de parto e uma maternidade com UTI neonatal e tudo mais. Porém, quando pensamos em administração pública, alocação de recursos, bioética de intervenção, lembramos que os gastos que manter essa estrutura implicaria não é proporcional ao benefício de atender a menos de 200 partos anuais, que é a realidade do município. No entanto, como foi mencionado por uma das enfermeiras, é totalmente possível e desejável pensar em um hospital regional que significaria uma grande melhora na assistência ao parto na região.

A Portaria Nº 11, de 7 de janeiro de 2015 que Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dispõe no art. 6º inciso II que o Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPNp) deve estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas e acrescenta uma exceção:

§ 1º O requisito de que trata a alínea "a" do inciso III do "caput" poderá ser excepcionado quando os estabelecimentos de saúde forem considerados estratégicos para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal na região e/ou no Município, mediante solicitação do gestor de saúde, após pactuação prévia na Comissão Intergestores Regional (CIR) e/ou na CIB, com inclusão do estabelecimento no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha. (Brasil, 2015)

A mesma portaria também prevê que o CPN pode ser composto por 3 quartos com uma produção mínima de 480 (quatrocentos e oitenta) partos anuais e média de 40 (quarenta) partos mensais. Os cinco municípios que compõe a região da Chapada dos Veadeiros\_Alto Paraíso, Teresina, Cavalcante, Colinas do Sul e São João da Aliança\_ apresentaram, juntos, em 2020, 538 nascidos vivos por residência da mãe, em 2019:467; em 2018: 528, em 2017: 526, cumprindo portanto com esse requisito. Então, seria possível a criação de um Centro de Parto Normal, ainda que o mesmo esteja distante a mais de 20 minutos de um hospital de referência. Mas o mais desejável, é que exista um hospital de referência mais próximo.

Cavalcante, assim como Teresina, Alto Paraíso e Colinas do Sul possuem hospitais de pequeno porte, que se enquadram nos típicos hospitais de interior cuja existência vem sendo questionada por gestores e profissionais da saúde devido ao seu alto custo e baixo benefício. Esse questionamento se dá sobretudo porque são hospitais com baixo percentual de atendimentos, e um custo muito alto para se mantê-los (Souza, Francisco Eugenio Alves de et al., 2019). Sem adentrar muito esse debate, mas considerando que ainda que se crie um Centro de Parto Normal na região, este estaria demasiado distante de um hospital de referência, há que se pensar na criação concomitante de um hospital referência mais próximo.

Segundo a legislação vigente, os hospitais de pequeno de porte devem adequar seu perfil assistência, ofertando especialidades básicas (clínicas médica, pediátrica e obstétrica); saúde bucal, em especial para atenção às urgências odontológicas; pequenas cirurgias; e urgência e emergência, tudo integrado ao sistema regional (Brasil, 2004). Nesse sentido, poderia ser pactuado dentro de um plano de ação regional a adequação de um dos hospitais da região para se tornar um hospital referência do Centro de Parto Normal.

Os Hospitais de Pequeno Porte podem atender regiões com até 30.000 habitantes. Fazendo um apanhado dos municípios mais próximos: a população estimada pelo IBGE- Cidades (SENSO de 2010)

para 2021 é de 3.538 habitantes para Teresina-GO e 7.751 Alto Paraíso, . Sabemos que esses números estão completamente defasados, uma vez que houve nos últimos 10 anos, e sobretudo nos últimos 3 anos, um enorme fluxo migratório para a região, aumentando a população e expandido consideravelmente a zona urbana. Mas ainda considerando esses números, somados a estimativa de 9740 pessoas residentes em Cavalcante soma-se 21029 habitantes.

Importante ressaltar que a referida portaria também prevê que: “A parteira tradicional poderá ser incluída no cuidado à mulher no CPN em regime de colaboração com o enfermeiro obstétrico ou obstetriz quando for considerado adequado, de acordo com as especificidades regionais e culturais e o desejo da mulher” (Brasil, 2015). Assim, a recomendação dessa proposta de implementação de um CPN na região é que desde o princípio essa cooperação seja fomentada.

No decorrer da finalização da escrita desta tese houve uma alteração de legislação federal, sendo a Rede Cegonha substituída pela Rede de Atenção Materna e Infantil\_Rami (BRASIL, 2022). A Rami mantém os Centros de Parto Normal peri-hospitalar previstos na Rede Cegonha, e não menciona alteração nos critérios da Portaria nº11 de 2015. E mantém ainda a possibilidade das redes regionais solicitarem financiamento a partir da participação na estratégia (Martins, Frans, 2022). Este texto está sendo escrito às vésperas das eleições presidenciais, com esperança de que haja nas próximas gestões, federais e estaduais, espaço para esse diálogo e priorização da justiça reprodutiva.

## **8.5 E o transporte?**

A problemática do transporte foi bastante relatada pelas mulheres e profissionais da saúde entrevistadas. No âmbito da assistência ao parto ela pode ser dividida em três esferas que necessitam estratégias diferenciadas: transporte para realização de pré-natal; transporte para realização de exames inexistentes no município; transporte em trabalho de parto.

[quais os principais desafios na assistência?] transporte, eu acho muito complicado dessas comunidades que são mais distantes, estradas ruins, pouco transporte porque realmente não pode ser qualquer carro pra ir e às vezes isso pode ser um grande problema, porque vai que um menino, uma pessoa dessa passa mal lá, entra em trabalho de parto, pra chegar aqui é complicado. E hoje nessas comunidades pouquíssimas pessoas dão conta de fazer um parto, quem

fazia já morreu, e mesmo quem hoje ainda fizer tem medo, tem receio de acontecer alguma coisa. Eu acho que tem que ter receio mesmo. Uma vez uma enfermeira falou comigo, parto parece que é a coisa mais simples do mundo, mas pode dar muito problema. [Quais sugestões para esses desafios?] Forma de transporte mais certa, melhoria nas estradas, tem que ter um carro com mais conforto pra trazê-las. (gestora da saúde, 49 anos, nascida em hospital/cesariana, médica no município há 20 anos)

Quando falamos em transporte é necessário questionar também a desterritorialização da assistência à saúde em geral, e do parto em particular. Portanto, além de se pensar em como melhorar o transporte, é importante pensar estratégias de fortalecimento comunitário e territorial na assistência. A formação de doulas citada anteriormente caminha nesse sentido. Além disso, é importante pensar em estratégias descentralizadas de pré-natal. O pré-natal coletivo vem sendo implementado no Brasil e em outros países, com boas avaliações em amplos sentidos.

O pré-natal coletivo insere-se como uma estratégia, que a partir do envolvimento de profissionais em diversas categorias, com subsídio no diálogo para a construção de vínculo entre as participantes, bem como entre a gestante-profissional-serviço, contribui para que a mulher torne-se um sujeito ativo do seu processo de cuidado. Essa abordagem busca a prática do cuidado integral à gestante e possibilita repensar processos de trabalho na Atenção Primária em Saúde, sobretudo, na Estratégia Saúde da Família, primeiro nível da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde. (Fernandes, Edjane pessoa Ribeiro, 2020, p.5)

A adoção do pré-natal coletivo pode facilitar a organização do pré-natal nas comunidades. A metodologia pressupõe ao menos uma consulta individual, mas as outras podem ser feitas em grupo, o que possibilita a formação de grupos de gestantes em cada comunidade e a ida de equipe multiprofissional, em parceria com doulas e parteiras da comunidade para o pré-natal. Ainda teria que se pensar o transporte/locomoção interno das gestantes nas comunidades com extensões territoriais maiores, como Vão de Almas e Vão do Moleque. Mas pode ser uma boa aposta para a realidade do município.

Uma estratégia que havia sido pensada por mim, e chegou a ser mencionada por profissionais da saúde é a implementação no município de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com Unidade de Suporte Avançado (USA), a famosa UTI móvel. Contudo, a manutenção de uma UTI móvel tem o mesmo desafio apontado para a não realização de partos no hospital do município: o custo de se manter profissionais. O que sai caro para manter um centro cirúrgico tanto quanto para manter um serviço de urgência e emergência não é tanto a infraestrutura, mas o gasto permanente com profissionais (O'Dwyer, Gisele et al., 2017). No caso do hospital, para atender um parto necessitaria manter 24 horas ao menos uma cirurgiã(o), uma/um/ume anestesista e uma/um/ume pediatra. No caso de uma UTI móvel, manter 24 horas ao menos uma/um/ume médica/o e uma/um/ume enfermeira. Considerando a população do município, é um gasto muito alto para uma baixa frequência de uso/necessidade.

Portanto, do ponto de vista da alocação de recursos parece que faz mais sentido investir tempo e dinheiro em um Hospital Regional que atenda às demandas de urgência e emergência da região, do que na manutenção de uma UTI móvel.

[sugestões?] o hospital fazer os partos aqui, se organizar e fazer os partos, que aí melhora muito. [o que precisa no hospital?] o cirurgião e o anestesista. Nosso hospital é moderninho, tem encubadora, tem tudo, agora mesmo eles tá reformando, tá ficando uma gracinha. Então tem tudo pra dar certo, é fazer o parto aqui. Porque se tiver uma emergência obstétrica..(técnica em enfermagem do hospital, 56 anos, trabalha desde 2004 na saúde pública do município, nascida com parteira)

eu pra mim é mais sadio pra os bebês [ganhar no hospital], mas pra mulher é mais ruim porque elas come tudo que ranja. [porque é mais sadio pros bebês?] porque tem as vacinas, já tem os remedinho, já tem os aparelinho que bate tudo direitinho, já tá vendo o que que sente o que que não sente. E na roça não, só cortou o umbigo, se tiver sentindo uma coisa você não vai descobrir, se tem outra coisa de defeito você não descobre também, só no hospital, que esse meu mesmo eu ganhei ele aqui, mas com um mês e quinze dias ele foi operado da cabeça, ele nasceu com tumor de sangue na nuca. Se fosse lá talvez tinha operado na hora. Por isso que eu falo que lá pros bebês é mais sadio, pras mulher é mais protegida,

causo se demorar já tá em cima do conforto, aí já vai pra outro lugar. (Moradora do Vão de Almas, 59 anos, 8 filhas, pegou 3 mininus)

## 9. Considerações finais

Essa tese não foi escrita linearmente, ela é uma colcha de retalhos, e só ficou pronta quando tinha retalhos suficientes costurados de maneira contígua para ser chamada de colcha, ou tese (o que quer dizer que muitos retalhos ficaram de fora, e que alguns estão unidos sem combinar muito). Nessa colcha as considerações finais tem um peso extra porque muita gente lê só a introdução e as considerações finais, e aí pensa se vai ler o resto. Se você é uma dessas pessoas, dá um sorrisinho. A mensagem importante que tenho agora é a seguinte: ainda que eu tenha em diversos momentos apontado caminhos possíveis, interpretado falas, usado conceitos que parecem querer ajudar a compreender melhor um contexto social, tudo que tá aqui fala mais sobre o mundo de onde eu venho e minha interação com o mundo que me acolheu aqui do que sobre como “de fato” é ou pode ser essa realidade.

Quando eu estava na graduação fiz uma disciplina obrigatória da licenciatura que era Organização da Educação Brasileira, com a professora Denise Botelho. Naquele momento eu pensava em pesquisar e escrever sobre educação infantil anti-sexista e anti-racista. E resolvi me aproximar dela pra pedir sugestões, e aí quando me acerquei pra dizer que queria falar pra ela sobre minha monografia, tema de pesquisa... antes de eu falar qualquer coisa ela me questionou: “você não quer estudar os pretinhos não, né?”. Pra quem não tem ideia de quem é Denise Botelho, é uma professora de universidade, pesquisadora, Yalorixá e ativista do movimento negro e de mulheres negras. Naquela época eu era tão crítica a uma antropologia branqueada e colonialista que nem passava pela minha cabeça escolher como tema de pesquisa algo que me colocasse no lugar de pesquisar qualquer “outro”.

Pois então, e agora tô eu aqui vivendo, convivendo, construindo a vida e sim, pesquisando as pretinha. Confesso nesse fim, que tenho um pouco de vergonha por isso. Se você realmente tá lendo só as considerações finais, eu sou branca. E sim, nessa pesquisa eu também pesquisei as branquinha e os branquinho, encarnados sobretudo nas figuras de profissionais da saúde. É preciso dizer que durante todo o processo eu pensei em desistir, me perguntava que legitimidade eu tinha pra isso, de que serviria eu fazer isso, que eu tava só imersa em devaneios brancos colonialistas de achar que poderia “explicar uma realidade de mais de 100 anos” da qual só faço parte há 5 anos. E essa crítica segue existindo dentro de mim, ela é real.

Assim como existe dentro de mim o entendimento de que o exercício antropológico, que pode ser na real o simples exercício de encontro de povos, permite que a partir do olhar do outro sobre mim eu possa ver a minha realidade de outro ponto, e refletir sobre ela. Então, por um lado, eu quero que essa tese possibilite esse olhar desde um ponto que gere reflexões e movimento no território que integro, onde

eu estou enraizada, para onde eu migrei. Por outro escrevê-la mudou o ponto onde eu estava antes de iniciá-la. E que fique escrito, reescrito, repetido que é apenas a vista desde um ponto, que possam existir outras vistas pra dialogar com essa.

Em meio a toda essa contradição interna, essa colcha de retalhos foi feita com muitas vozes e histórias, e espero que a confiança tenha sido respeitada por mim nessa escrita. As mais de 300 páginas refletem tanto a tentativa de abarcar diferentes aspectos de uma temática, como de registrar as vozes e reflexões das que participaram dessa pesquisa. Foi também um caminho de pensar conjuntamente, não apenas sobre a história do que foi, a análise do que é, mas também o que pode ser uma assistência ao parto ancorada nos princípios de justiça reprodutiva e bem viver.

A recuperação da história da assistência ao parto Brasil, sobretudo da história que está registrada em meios oficiais, me permitiu afirmar que houve e segue havendo a imposição de uma monocultura do parto e nascimento. Essa monocultura se instaura através do epistemicídio das parterias tradicionais. A nível local, em Cavalcante foi possível esmiuçar os mecanismos pelos quais se deu este epistemicídio.

A pesquisa de campo possibilitou também um registro de mais de 100 anos da história de parições e partejares no município. O registro escrito dos saberes das parteiras pode contribuir para trabalhos comunitários de aprendizado e fortalecimento desses saberes no território.

Outra faceta da imposição da monocultura do parto é a desterritorialização do parto e nascimento, que tem trazido graves danos para as mulheres, bebês e comunidade.

A escuta atenta do que falaram as entrevistadas e entrevistado me levaram ao entendimento de que a floresta que se almeja no município é poder manter (e reinventar, continuar, transformar) os cuidados tradicionais e ao mesmo tempo poder ter o melhor da assistência biomédica disponível.

O pensamento da monocultura é tão forte que em mim há uma tendência de apontar uma única direção. Mas justamente o aprendizado aqui é a diversidade de caminhos. Parece ser que em Cavalcante, nesse momento, existe pouco a vontade de uma super retomada das parteiras tradicionais e do parto na roça. Embora, possa existir aquelas que assim o desejam, e é necessário que essas também sejam acolhidas, a ética é aquela que acolhe as dissidências.

Algo bem concreto que pode permitir maior liberdade e segurança para a escolha das mulheres e bebês (já que considero que os bebês também tem suas vontades de onde, quando e como querem nascer) é um Centro de Parto Normal peri-hospitalar com Hospital de Pequeno Porte devidamente adaptado para ser referência do mesmo, de âmbito regional na Chapada dos Veadeiros. Ter essa referência numa distância mais curta que a atual pode permitir inclusive que haja maior segurança e confiança praquelas

que desejam parir em casa, com aquelas que ainda lembram um pouco do que aprenderam com as parteiras e sobretudo que tem coragem, como elas mesmas afirmam. Ainda temos parteiras mestras vivas e dispostas a ensinar. O tempo é agora.

No sentido de fortalecer as práticas tradicionais de cuidado na gestação, parto e pós-parto que seguem vivas na comunidade, também propus uma formação de doulas comunitárias. A certificação de profissionais doulas para acompanhar mulheres e pessoas gestantes pode também contribuir para a redução de violências obstétricas e racismo institucional, que foram recorrentemente denunciadas pelas moradoras de Cavalcante em suas experiências de parto hospitalar.

Que essa tese possa inspirar a criação de mais alternativas com foco na justiça reprodutiva e na justa repartição de benefícios com as parteiras tradicionais e suas comunidades.

## Referências

Adichie, Chimamanda Ngozi. O perigo de uma história única. Tradução Julia Romeu. 1ª ed. São Paulo Companhia das Letras, 2019 [TED realizado em 2014].

Ahmed, Hamdia M. Midwives' Clinical Reasons for Performing Episiotomies in the Kurdistan Region: Are they evidence-based? Sultan Qaboos Univ Med J. 2014 Aug;14(3):e369-74. Epub 2014 Jul 24. PMID: 25097773; PMCID: PMC4117663. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25097773/> Acessado em 22 de set. de 2022.

Almeida, Edmilton Pereira de; Almeida, Maria Antônia Campos; Amaral, Lígia Menezes do; Soares Júnior, Cleber; Haddad, Márcia Abudd; Rodrigues, Lúcia Lopes. Embolia pulmonar por líquido amniótico: relato de caso e revisão da literatura. Revista Brasileira de Terapia Intensiva [online]. 2007, v. 19, n. 2, pp. 237-241. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000200017>>. Epub 29 Out 2007. ISSN 1982-4335. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000200017>. Acessado em 29 de Nov. de 2021.

Alves, Maria Teresa Seabra Soares de Britto; Chagas, Deysianne Costa das; Santos, Alcione Miranda dos; Simões, Vanda Maria Ferreira; Ayres, Barbara Vasques da Silva; Santos, Gilmara Lúcia dos; Silva, Antônio Augusto Moura da. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, n. 3, pp. 837-846. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.38982020>>. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.38982020>. Acessado em 1 de dez. De 2021.

Andrade, Amaury Teixeira Leite; Guerra, Martha de Oliveira; Andrade, Gilberto Nogueira de; Araujo, Dimas Augusto de Carvalho; Souza, José Paixão de Souza. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma Maternidade Escola. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]. 2006, v. 28, n. 7 pp. 380-387. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000700002>>. Epub 06 Dez 2006. ISSN 1806-9339. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000700002>. Acessado em 28 de set. de 2022.

Arpenbrasil- Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais. Disponível em: <https://transparencia.registrocivil.org.br/registros>. Acessado em 23 de set 2021.

Arraes, Jarid. O genocídio contra as mulheres negras. In: Caderno Sisterhood. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, Grupo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Raça e Saúde – NEGRAS, 2019. V.1, n. 1 2016 ISSN: 2525-5533. Disponível em: [https://www2.ufrb.edu.br/cadernosisterhood/images/Cadernos\\_Sisterhood\\_vers%C3%A3o\\_atual.3.pdf](https://www2.ufrb.edu.br/cadernosisterhood/images/Cadernos_Sisterhood_vers%C3%A3o_atual.3.pdf) Acessado em 14 de out. 2021.

Assis, Thaís Rocha; Chagas, Virginia Oliveira; Goes, Raissa de Melo; Schafausser, Nathany Souza; Caitano, Klara Gomes; Marquez, Renata Almeida. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2019 out.-dez.;13(4):843-53 | [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278 Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1595>. Acessado em 1º de dez de 2021.

Barreto, Maria Renilda Nery. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.4, out.-dez. 2008, p.901-925. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/8VwhtWRGTfdVVZhx7w864hN/abstract/?lang=pt> Acessado em 3 de jan. de 2022.

Barstow, Anne Llewellyn. *Chacina de feiticeiras: uma revisão histórica da caça às bruxas na Europa*. Trad. Ismênia Tupy. José Olympio: Rio de Janeiro, 1995.

Berbel, Neusi Aparecida Navas (Org.). *Metodologia da problematização: experiências com questões de ensino superior, ensino médio e clínica*. Londrina: EDUEL, 1998.

Brandão, Elaine Reis; Cabral, Cristiane da Silva. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2021, v. 25, n. Supl. 1, e200762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200762>>. Epub 23 Jul 2021. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/interface.200762>. Acessado em 29 Set. de 2022.

Brasil. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 31 dez. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acessado em 22 de set. de 2022.

\_\_\_\_\_. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acessada em 27 de set. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.044/ GM, de 1º de junho de 2004. Institui Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 jun. 2004. Seção 1, p. 42. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria\\_1044\\_ac.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1044_ac.htm). Acessado em 30 de set. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico] : o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf) Acessado em 16 de jun. de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) Acessado em 30 de nov. de 2021.

\_\_\_\_\_. Comissão Nacional da Verdade. Relatório: textos temáticos / Comissão Nacional da Verdade. – Brasília: CNV, 2014. 416 p. – (Relatório da Comissão Nacional da Verdade; v. 2). Disponível em: [http://cnv.memoriasreveladas.gov.br/images/pdf/relatorio/volume\\_2\\_digital.pdf](http://cnv.memoriasreveladas.gov.br/images/pdf/relatorio/volume_2_digital.pdf) Acessado em 03 de jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Presidência da República Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 13.123, de 20 de maio de 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2015/lei/l13123.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13123.htm). Acessado em 27 de set. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 381 p. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Nascidos Vivos. Notas Técnicas. Consolidado em 28/03/2017. Disponível em [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/Nascidos\\_Vivos\\_1994\\_2012.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/Nascidos_Vivos_1994_2012.pdf) Acessado em 24 de nov. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 344, DE 1º DE FEVEREIRO DE 2017. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20785617/do1-2017-02-02-portaria-n-344-de-1-de-fevereiro-de-2017-20785508](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20785617/do1-2017-02-02-portaria-n-344-de-1-de-fevereiro-de-2017-20785508). Acessado em 24 de nov. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. ISBN 978-85-334-2477-7. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf) Acessado em 30 de nov. de 2021.

\_\_\_\_\_. LEI Nº 13.484, DE 26 DE SETEMBRO DE 2017. Altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2017/Lei/L13484.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/Lei/L13484.htm) Acessado em 03 de jan. de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. Boletim Epidemiológico Volume 52 . Ago. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/agosto/9/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_29.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/agosto/9/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf) Acessado em 28 de nov 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio ao Sistema de Saúde. MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvbr.def> Acessado em 24 de nov. de 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGIAE/DASNT/SVS). Mortalidade Infantil no Brasil. Boletim Epidemiológico 37 volume 52 out 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/outubro/18/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_37\\_v2.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/outubro/18/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf) Acessado em 29 de nov. 2021.

Canassa, Neli Silvia Andreazzi et al. O saber/fazer das parteiras na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis - SC (1967/1994). Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2011, v. 64, n. 3, pp. 423-430. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300003>>. Epub 06 Out 2011. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300003>. Acessado em 27 de nov. de 2021.

Capiberibe, Janete; Parteiras do Amapá. Parindo um mundo novo. Organizadores Luiza Jucá e Nilson Moulin. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

Careli, Sandra da Silva. As transformações no ofício de partejar nas décadas iniciais da República no Rio Grande do Sul. Vestígios do passado: a história e suas fontes. IX encontro estadual de história. Associação Nacional de História- seção Rio Grande do Sul Ampuh-RS[anais] 2008. [http://eeh2008.anpuh-rs.org.br/resources/content/anais/1212240040\\_ARQUIVO\\_ANPUH2008.pdf](http://eeh2008.anpuh-rs.org.br/resources/content/anais/1212240040_ARQUIVO_ANPUH2008.pdf) Acessado em 03 de jan. de 2022.

Carmo, Michelly Eustáquia do; Guizardi, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417> Acessado em 22 de set. de 2021.

Carneiro, Aparecida Sueli. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser. 2005. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001465832> Acessado em 03 de jan. de 2022.

Carneiro, Fernanda. Nossos Passos Vêm de Longe... In: Werneck, Jurema; Mendonça, Maisa; White, Evelyn C. (Orgs.) O Livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2002. 22-42.

Castelnuevo Biraben, Natalia. Frente al limite: Las trayectorias de mujeres que sufrieron violênci. Editorial Antropofagia, 2006

Chiziane, Paulina. Balada de amor ao vento. 2ª ed. Lisboa: Editorial Caminho, 2003 [1ª ed. em 1990].

Collen, Alanna. 10% humano. Como os micro-organismos são a chave para a saúde do corpo e da mente. Edição em português. Tradução Ivo Korytowski. Editora Sextante, Rio de Janeiro -RJ, 2016

Costa, Cristiane do Nascimento Borges da. O conhecimento tradicional das parteiras: um estudo na comunidade kalunga da Ema, Teresina-GO. Monografia. Licenciatura em Educação do Campo- Ledoc-FUP/UnB, 2015.

Costa, Lúcia Helena Rodrigues. Memórias de parteiras: entrelaçando gênero e história de uma pratica feminina do cuidar. [Dissertação] Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade de Santa Catarina. Florianópolis, 2002. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/84150/187607.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acessado em 03 de jan. de 2022.

Costa, Vilmar Souza. A luta pelo território: histórias e memórias do povo Kalunga. Curso de Licenciatura em Educação do Campo – LedoC. Universidade de Brasília. Brasília 2013. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/7260> Acessado em 03 de jan. de 2022.

Damasco, Mariana Santos; Maio, Marcos Chor; Monteiro, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). Revista Estudos Feministas [online]. 2012, v. 20, n. 1, pp. 133-151. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100008>>. Epub 25 Abr 2012. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100008>. Acessado em 29 de Set. 2022.

Da Silva Rodrigues de Souza, Cássia Regina. Entre Livros, Livreiros e Leitores a trajetória editorial e comercial da Guia Médica das Mães de Família. Revista Cantareira, n. 30, 13 ago. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/cantareira/article/view/30796> Acessado em 03 de jan. de 2022.

DATASUS. Sinasc - Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Arquivos de declarações de nascido vivos. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702> » <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702> Acessado em jum de 2020.

Davis, Angela. Mulheres, raça e classe. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016. [original 1981]

Del Priore, Mary. Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro: José Olympio; Brasília, DF: Edunb, 1993.

\_\_\_\_\_, História das mulheres no Brasil. 2006.

Diniz Carmen Simone G, Reis-Queiroz Jessica, Kawai CarlosA, Queiroz Marcel Reis, Bonilha Eliana de Aquino, Niy Denise, Lansky Sonia, Sena Brena. Dias potenciais de gravidez perdidos: uma medida inovadora da idade gestacional. Rev Saude Publica. 2020;54:88. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002098> Acessado em 16 de abril de 2022.

Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde. Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal Portaria SES-DF N° 993 de 02.12.2019, publicada no DODF N° 232 de 06.12.2019. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados/> Acessado em 30 de nov. 2021.

Fernandes, Edjane pessoa Ribeiro. Pré-natal coletivo: uma análise crítica a partir da percepção das mulheres na estratégia saúde da família em João Pessoa-PB. [Dissertação] Mestrado Profissional em Saúde da Família. Departamento de Medicina. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2020.

Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/20688?locale=pt\\_BR](https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/20688?locale=pt_BR). Acessado em 22 de set. de 2022.

Floriano, Juliana Toledo Watson. Bem viver do Cerrado: partejar amor, parir uma bioética local. 2016. 181 f., il. Dissertação (Mestrado em Bioética)—Universidade de Brasília, Cavalcante, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/21643> . Acessado em 03 de jan. 2022.

Floriano, Juliana Toledo Watson; Odeh Muna Muhammad. Aprender com Dona Flor: períneo íntegro é saúde integral. O cuidado de parteiras tradicionais. In: Paro, César Augusto Coletânea Educação Popular em Saúde – Volume 2: Educação Popular e a (re)construção de práticas cuidadoras. César Augusto Paro, Marcos Aurélio Matos Lemões, Renata Pekelman (organizadores). – João Pessoa-PB: Editora do CCTA, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gteducacaopopularesaude/wp-content/uploads/sites/14/2020/09/VOLUME-2-1.pdf>

Fredericci, Silvia. Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Trad. Verónica Hendel y Leopoldo Sebastián Touza. 1ª ed. Tinta Limón: Buenos Aires, 2010 (original 2004).

Freitas, Patrícia de. "A mulher é seu útero". A criação da moderna medicina feminina no Brasil. Antíteses. 2008;1(1):174-187. ISSN: 1984-3356. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193317377008>. Acessado em 06 de jun, de 2021.

Fundação Oswaldo Cruz . Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Hepatite B e Gestação. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/hepatite-b-e-gestacao/>. Acessado em 1 dez de 2021.

Gama, Silvana Granado Nogueira da, Thomaz, Erika Barbara Abreu Fonseca e Bittencourt, Sonia Duarte de Azevedo. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, n. 3, pp. 772. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41702020>>. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41702020>. Acessado em 1 de dez de 2021.

Gomes, Ângela Maria da Silva. Rotas e diálogos de saberes da etnobotânica transatlântica negro-africana: terreiros, quilombos, quintais da Grande BH. (Tese) Universidade Federal de Minas Gerais, Instituto de Geociências, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/MPBB-8DVGBM>. Acessado em: 22/02/2016.

Gonzalez, Lélia. Por um feminismo afrolatinoamericano. S/R 1988. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/271077/mod\\_resource/content/1/Por%20um%20feminismo%20Afro-latino-americano.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/271077/mod_resource/content/1/Por%20um%20feminismo%20Afro-latino-americano.pdf) Acessado em 04 de jan. de 2022.

Gusman, Christine Ranier,Viana, Ana Paula de Andrade Lima,Miranda, Margarida Araújo Barbosa,Pedrosa, Mayane Vilela,Villela, Wilza Vieira. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. Rev Panam Salud Publica;37(4/5) 365-370,abr.-mai.

2015. Retrieved from [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000400026](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400026). Acessado em 03 de jan. de 2022.

Harding, Sandra (1987) 'The Method Question', *Hypatia* vol. 2(3): 19-35. Disponível em: <http://www.open.ac.uk/researchprojects/iccm/library/186.html> Acessado em 03 de jan. de 2022.

Hurst, Jane. Uma história não contada. A história das ideias sobre o aborto na Igreja Católica. São Paulo: Católicas Pelo Direito de Decidir, 2000. (original 1989)

IBGE, Censo Demográfico 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/cavalcante/panorama>

Jaggar, Allison M. “Amor e Conhecimento: a emoção na epistemologia feminista.” In JAGGAR & BORDO Gênero, Corpo, Conhecimento. Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos. 1997. P157-185.

Júnior, Edmilson Bezerra do Nascimento. Nascimento, cor e raça – 1996 a 2020. Anais Eletrônico do XIII Encontro Estadual de História: "História e mídias: narrativas em disputas". Associação Nacional de História – Seção Pernambuco. ISBN: 978-65-00-11544-4 CBL - Câmara Brasileira do Livro. 2020. Disponível em: [https://www.encontro2020.pe.anpuh.org/resources/anais/22/anpuh-pe-eeh2020/1602083591\\_ARQUIVO\\_8f471446b8e771458e2f80e0e7a91a26.pdf](https://www.encontro2020.pe.anpuh.org/resources/anais/22/anpuh-pe-eeh2020/1602083591_ARQUIVO_8f471446b8e771458e2f80e0e7a91a26.pdf) Acessado em 24 nov. 2021.

Kraemer, Heinrich; Sprengel, James. *Malleus Maleficarum*. O martelo das bruxas. Trad. Alexander Frenk. 2007(original 1486). Disponível em: <http://www.mkmouse.com.br/livros/malleusmaleficarum-portugues.pdf>. Acessado em: 22/02/2016.

Laqueur, Thomas. *Inventando o Sexo*. Corpo e gênero dos gregos a Freud. Tradução. Vera Whately. Relume-Dumará. Rio de Janeiro: *Relume Dumará*, 2001 [original de 1990]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1840778/mod\\_resource/content/0/Thomas-Laqueur-Inventando-o-Sexo%281%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1840778/mod_resource/content/0/Thomas-Laqueur-Inventando-o-Sexo%281%29.pdf) Acessado em 03 de jan. de 2022.

Leal Maria do Carmo, Bittencourt Sonia de Azevedo, Esteves-Pereira Ana Paula, Ayres Bárbara Vasques da Silva, Silva Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de, Thomaz Erika Barbara Abreu Fonseca, Lamy Zeni Carvalho, Nakamura-Pereira Marcos, Torres Jacqueline Alves, Gama Silvana Granado Nogueira da, Domingues Rosa Maria Soares Madeira, Vilela Maria Esther de Albuquerque. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 35, n. 7, e00223018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>>. Epub 22 Jul 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>. Acessado em 4 Dez de 2021.

Luizaga, Carolina Terra de Moraes; Gotlieb, Sabina Léa Davidson; Jorge, Maria Helena Prado de Mello; Laurenti, Ruy. Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2010 Mar; 19( 1 ): 8-15. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742010000100002&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100002&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000100002>. Acessado em 28 de nov. de 2021.

Magalhães, Nancy Alessio (org) Senhora D'Abadia: Festejo Kalunga no Vão de Almas. Cavalcante, Goiás. Brasília: Verbis editora, 2013.

Marinho, Thais Alves. Identidade e territorialidade entre os kalunga do vão do moleque. Dissertação. Programa de Pós-graduação em Sociologia Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia. Universidade federal do Goiás, 2008. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/133/o/thais\\_identidade.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/133/o/thais_identidade.pdf) Acessado em: 3 de jan. de 2022.

Mascarello Keila Cristina, Horta Bernardo Lessa, Silveira Mariângela Freitas. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. Rev Saude Publica. 2017;51:105.1 <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000389> Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/140980/136043>. Acessado em 01 de dez de 2021.

McCrorry Emery H, Banayan Jennifer M, Toledo Paloma. Segurança das vacinas: Lesões dos nervos periféricos no pós-parto—Qual é o papel da anestesia? Boletim da APSF. 2021;36:54-56. disponível em: <https://www.apsf.org/wp-content/uploads/newsletters/2021/0402-pt-br/APSF0402-PT-BR.pdf>

Mendonça, Delosmar. Resgate de 500 anos da História da Obstetrícia na Cidade de João Pessoa. 1ª Ed. João Pessoa: Gráfica da Unimed, 2002.

Mendonça, Sara Sousa. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. In: Dossiê: Partos, maternidades e políticas do corpo. Civitas, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 250-271, abr.-jun. 2015 : <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17899> Acessado em 03 de jan. de 2022.

Mott, Maria Lúcia Barros. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico?. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, p. 25, jan. 1999. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11952>>. Acessado em: 19 maio 2020. doi:<https://doi.org/10.1590/%x>.

\_\_\_\_\_. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). Rev Esc Enf USP, v.35, n, 1, p. 46-53, mar. 2001.

\_\_\_\_\_. (Org.). Bibliografia comentada sobre a assistência ao parto no Brasil (1972-2002). *Revista Estudos Feministas*, v.10, n.2, p.493-507. 2002(a). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2002000200017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acessado em 22 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. ASSISTÊNCIA AO PARTO: DO DOMÍLIO AO HOSPITAL (1830-1960) Projeto História. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História. São Paulo, v. 25, p. 197-219, 2002(b). ISSN 2176-2767. disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588> Acessado em 03 e jan de 2022.

Muller, Elaine; Rodrigues, Lais; Pimentel, Camila. O tabu do parto: Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. Civitas [Internet]. 4º de setembro de 2015 [citado 8º de junho de 2021];15(2):272-

93. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17928> Acessado em 03 de jan. de 2022.

Neves, Naiara Maria Santana. “De canoa até o hospital”: Processos de transformação e medicalização das práticas de parto em quilombos do Recôncavo Baiano. *Revista Mundaú*, 2019, n.6 Interfaces Contemporâneas entre Saúde e Família p. 122-144. DOI: <https://doi.org/10.28998/rm.2019.n.6.6061>

Neves, Vanusa Nogueira. Histórias ressignificadas entre Glorinha Fulustreka e mulheres Kalunga do Riachão. 2019. 121 f. Dissertação (Mestrado em Performances Culturais) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/9546/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o-%20Vanusa%20Nogueira%20Neves%20-%202019.pdf> Acessado em 20 de dez. De 2021.

O’Dwyer, Gisele et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33, n. 7 , e00043716. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00043716>>. Epub 07 Ago 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043716>. Acessado em 1 Outubro 2022.

Oliveira, Fátima. . Feminismo, luta anti-racista e bioética. *Cadernos Pagu*, (5), 73–107. 2009 [original de 1995] Recuperado de <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1775> Acessado em: 22 de set. de 2022.

Oliveira, Rayane Noronha. Justiça reprodutiva como dimensão da práxis negra feminista: contribuição crítica ao debate entre feminismos e marxismo. 2022 *Germinal: Marxismo E educação Em Debate*, 14(2), 245–266. <https://doi.org/10.9771/gmed.v14i2.49559> Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/49559> Acessado em 22 de set. de 2022.

Organização Internacional do Trabalho. Convenção n. 169 sobre povos indígenas e tribais. [1991] Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1989%20Conven%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20Povos%20Ind%C3%ADgenas%20e%20Tribais%20Conven%C3%A7%C3%A3o%20OIT%20n%20%20C2%BA%20169.pdf> Acessado em 27 de set. de 2022.

Paciornik, Moysés. *Aprenda a Nascer com os Índios Parto de Cócoras*. Editora: Brasiliense. 1983.

Palharini, Luciana Aparecida; Figueirôa, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [online]. 2018, v. 25, n. 4, pp. 1039-1061. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008>>. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008>. Acessado em 03 de jan. de 2022.

Pasche, Dário Frederico; Pessatti, Mirela Pilon; Silva , Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo; Matão, Maria Eliane Liegio; Soares, Dianne Barbosa; Caramachi, Ana Paula da Cruz. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha . *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 3, pp. 887-896. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45262020>>. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45262020>. Acessado em 4 Dezembro 2021.

Parente, Raphael Câmara Medeiros; Moraes Filho, Olimpio Barbosa; Rezende Filho, Jorge; Bottino, Nathalia Gravina; Piragibe, Pollyana; Lima, Diego Trabulsi; Gomes, Danielle Orlandi. A história do nascimento (parte 1): cesariana. FEMINA | Setembro 2010 | vol 38 | nº 9. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf>. Acessado em 03 de jan. de 2022.

Pedroso, K. Z. A. ., Ribeiro, D. P. ., Silva, E. G. R. da ., Borges, M. ., & Silva , N. T. D. C. E. . (2021). MORTE MATERNA E NEONATAL: UM DESAFIO PARA SUA REDUÇÃO. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 2(4), 13. <https://doi.org/10.51161/rem/2438>

Peraçoli, José Carlos; Ramos José Geraldo Lopes; Sass, Nelson; Martins-Costa, Sérgio Hofmeister de Almeida; de Oliveira, Leandro Gustavo; Costa, Maria Laura; Cunha Filho, Edson Viera; Korkes, Henri Augusto; de Sousa, Francisco Lázaro Pereira; Mesquita, Maria Rita de Souza; Borges, Vera Therezinha Medeiros; Corrêa Jr, Mario Dias; Araujo, Ana Cristina Pinheiro Fernandes; Zaconeta, Alberto Carlos Moreno; Freire, Carlos Henrique Esteves; Poli-de-Figueiredo, Carlos Eduardo; Rocha Filho, Edilberto Alves Pereira da; Cavalli Ricardo Carvalho. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia – Protocolo no. 01 - Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão e Gravidez (RBEHG), 2020. Disponível em: [https://sogirgs.org.br/pdfs/pre\\_eclampsia\\_eclampsia\\_protocolo\\_rbehg\\_2020.pdf](https://sogirgs.org.br/pdfs/pre_eclampsia_eclampsia_protocolo_rbehg_2020.pdf) Acessado em 29 de nov de 2021.

Pimentel, Camila; Rodrigues, Laís; Muller, Elaine; Portella, Mariana. Autonomia, risco e sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. *Realis: Revista de Estudos Antiutilitaristas e Pós-coloniais*, v.4, p.166-185. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/realis/article/view/8813> Acessado em 30 de dez. 2021.

Prévost, Chapot. Teratologia: novo teratopago brasileiro vivo. Por Prof. Chapot- Prevost. In: dr. SODRÉ, A.A. DE AZEVEDO (editor). *Brazil medico, revista semanal de medicina e cirurgia*. Ano XIX, num 24, 22 de junho de 1905. Faculdade de medicina do Rio de Janeiro. Disponível em: [http://memoria.bn.br/pdf/081272/per081272\\_1905\\_21-00024.pdf](http://memoria.bn.br/pdf/081272/per081272_1905_21-00024.pdf) Acessado em 19 de abril de 2020.

Rangel, Rita de Cássia Teixeira et al. Tecnologias de cuidado para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto: revisão sistemática\* \* Apoio financeiro do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), Brasil, processos TO2016 TR2211 (PPSUS 10/2015) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil, Código de Financiamento 001. . *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2019, v. 27 e3165. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2761.3165>>. Epub 19 Ago 2019. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2761.3165>. Acessado 25 Novembro 2021.

Rede Feminista de Saúde. Estupro Presumido no Brasil: Caracterização de meninas mães no país, em um período de dez anos(2010-2019), com detalhamento pelas cinco regiões geográficas e estados brasileiros. Curitiba, junho a agosto de 2021. Disponível em: <https://redesaude.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Estudo-meninas-maes.pdf> Acessado em: 28 de nov. 2019.

Rezende, Joffre Marcondes de. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora

Unifesp, 2009. Dos quatro humores às quatro bases. pp. 49-53. ISBN 978-85-61673-63-5 Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-05.pdf> Acessado em 03 de jan. de 2022.

Riesco, Maria Luiza Gonzalez; Fonseca, Rosa Maria Godoy Serpa da. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2002, v. 18, n. 3 , pp. 685-698. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000300012>>. Epub 02/Out/2002. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000300012>. Acessado em 15 Junho 2021.

Riesco, Maria Luiza Gonzale; Tsunehiro, Maria Alice. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?. Revista Estudos Feministas [online]. 2002, v. 10, n. 2 pp. 449-459. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200014>>. Epub 08 Abr 2003. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200014>. Acessado em 6 Junho 2021.

Rohden, Fabíola. A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX .Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

Rosa, Luana dos Santos. Rezas e benzimentos na visão de jovens da comunidade kalunga do engenho II.Monografia. Licenciatura em Educação do Campo- Ledoc- FUP/UnB, 2016.

Santos, Jussara Francisca de Assis dos. Enfrentamento à violência obstétrica: contribuições do movimento de mulheres negras brasileiras. EM PAUTA, Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro \_ 1 o Semestre de 2021 - n. 47, v. 19, p. 154 – 169 DOI: 10.12957/rep.2021.56082. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/56082/36719>

Santos, Jussara Francisca de Assis. Enfrentamento à violência obstétrica: contribuições do movimento de mulheres negras brasileiras. EM PAUTA, Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro \_ 1 o Semestre de 2021 - n. 47, v. 19, p. 154 – 169 DOI: 10.12957/rep.2021.56082. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/56082/36719>. Acessado em 03 de jan. de 2022.

Santos, Niecia Pereira dos. Memórias de Parteiros Kalungas na escola do campo do Vão de Almas, Cavalcante-GO. Monografia. Licenciatura em Educação do Campo- Ledoc- FUP/UnB, 2015.

Santos, Renata Guerda de Araújo. A produção do cuidado em saúde mental: Uma perspectiva comunitária quilombista. Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad, Vol. 20, No. 2 (2021). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue2-fulltext-2206> Acessado em 03 de jan. de 2022.

Santos, Serafim Barbosa dos; Souza, Kleyde Ventura de. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, n. 3, pp. 775-780. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21462020>>. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21462020>. Acessado em 6 Dezembro 2021.

Santos, Suziana de Aquino. Os saberes e fazeres das parteiras na comunidade Kalunga Ribeirão dos Bois, Teresina-GO. Monografia. Licenciatura em Educação do Campo- Ledoc- FUP/UnB, 2015.

Sardenberg, Cecília Maria Bacellar. Da Crítica Feminista à Ciência a uma Ciência Feminista? Este trabalho é uma versão revisada da intervenção feita à Mesa “Crítica Epistemológica Feminista”, que teve lugar durante o X Encontro da REDOR (NEIM/UFBA, Salvador, 29 de outubro a 1 de novembro de 2001). Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6875/1/Vers%C3%A3o%20Final%20Da%20Cr%C3%ADtica%20Feminista.pdf> Acessado em 3 de jan de 2022.

Segato, Rita Laura. Antropologia e direitos humanos: alteridade e ética no movimento de expansão dos direitos universais. *Mana* vol.12 no.1 Rio de Janeiro Apr. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-93132006000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132006000100008). Acessado em 22 de fev. de 2016.

\_\_\_\_\_. Colonialidad y patriarcado moderno: expansión del frente estatal, modernización, y la vida de las mujeres. In: Espinosa, Yuderks Miñoso; Gómez, Diana Correal; Ochoa, Karina Muñoz (eds). *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, Colombia, 2014.

\_\_\_\_\_. Território, soberania e crimes de segundo Estado: a escritura nos corpos das mulheres de Ciudad Juarez. *Revista de Estudos Feministas*, v. 13, n. 2, p. 265-285, Florianópolis, Maio-Ago. 2005b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v13n2/26882.pdf>>. Acessado em 20 de abr. 2011.

Shiva, Vandana. *Biopirataria: a pilhagem da natureza e do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. *Monoculturas da mente: perspectivas da biodiversidade e da biotecnologia*. Trad. Dinah de Abreu Azevedo. Gaia: São Paulo, 2003.

\_\_\_\_\_. La semilla y la tierra: biotecnología y la colonización de la regeneración. In: Castellano, Fernando López (ed.) , Ruiz, Roser Manzanera; Juan, Carmen Miguel; Maldonado, Vanessa Sánchez (coords.). *Medio Ambiente y desarrollo. Miradas feministas desde ambos hemisferios*. Editorial Universidad de Granada, Campus Universitario de Cartuja: Granada, 2013. p. 265-288. Disponível em:179 <http://www.alianzaporlasolidaridad.org/wp-content/uploads/LIBRO-MIRADAS-FEMINISTAS.pdf>. Acessado em 22 de fev de 2016.

Silva, Fernanda; Nucci, Marina; Rodrigues Nakano, Andreza; Teixeira. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. Pesquisa financiada pelo edital do Programa de Excelência em Pesquisa (Proep) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico(CNPq). *Saúde e Sociedade* [online]. 2019, v. 28, n. 3 [Acessado 12 Maio 2022] , pp. 171-184. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180819>>. Epub 07 Out 2019. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180819>.

Silva, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo; Angulo-Tuesta, Antonia; Massari, Maria Teresa Rossetti; Augusto, Liliane Cristina Rodrigues; Gonçalves, Laura Lamas Martins; Silva, Carla Kristiane Rocha Teixeira da; Minoia, Natali Pimentel. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil . *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 3, pp. 931-940. Disponível

em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.25782020>>. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.25782020>. Acessado 4 Jan. 2022.

Souza, Francisco Eugenio Alves de; Nunes, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; Carvalho, Brígida Gimenez; Mendonça, Fernanda de Freitas; Lazarini, Flaviane Mello. Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. *Saúde e Sociedade* [online]. 2019, v. 28, n. 3, pp. 143-156. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181115>>. Epub 07 Out 2019. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181115>. Acessado em 30 de set. de 2022.

Strathern, Marilyn. Entre uma melanesianista e uma feminista. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 8/9, p. 7-49, 2011 [original 1992]. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1877>. Acessado em 3 jan. 2022.

Teixeira Neto, Antônio NOTAÇÕES SOBRE O ESPAÇO GOIANO-TOCANTINENSE. Observatório goias. Universidade Federal de Goiás-UFG. 2006. disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/215/o/teixeira\\_net\\_ant\\_nio\\_anota\\_es\\_espao\\_o.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/215/o/teixeira_net_ant_nio_anota_es_espao_o.pdf) Acessado em 03 de jan. de 2022.

Tintori, Janaina Aparecida et al. Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2022, v. 35 [Acessado 19 Abril 2022], eAPE00251. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO00251>>. Epub 11 Mar 2022. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO00251>.

Tornquist, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas* [online]. 2002, v. 10, n. 2, pp. 483-492. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>>. Epub 08Abr2003. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>. Acessado 6 Junho 2021.

UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. In: Garrafa V, Kottow M; Saada A. *Bases Conceituais da Bioética. Enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia, 2006.

Vilela, Maria Esther de Albuquerque; Leal, Maria do Carmo; Bittencourt, Sonia de Azevedo; Silva, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo; Thomaz, Erika Barbara Abreu Fonseca; Lamy, Zeni Carvalho; Gama, Silvana Granado Nogueira da; Gomes, Maria Auxiliadora de Souza Mendes. . Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 3, pp. 789-800. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>>. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>. Acessado 3 Dezembro 2021.

Werneck, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade* [online]. 2016, v. 25, n. 3, pp. 535-549. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>. Acessado em 29 de set. de 2022.

Werner, David. Onde não há médico. 1934/1977. Coleção Saúde e comunidade. Ed. Paulinas São Paulo, 1989.

Zaffaroni, Eugenio Raul. La mujer y el poder punitivo. 1992. Disponível em: <http://www.cubc.mx/biblioteca/libros/Zaffaroni%20-%20Mujer%20y%20poder%20punitivo.pdf>. Acessado em: 13 maio 2018.

### **Oralteca:**

Almeida, Silvio. O que é racismo estrutural? Vídeo, 10'28 de duração. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PD4Ew5DIGrU>

Bispo, Nêgo. I Ciclo Confluências, Transfluências, Confluências UFRJ: Quilombos chamam... 5º Encontro: Nêgo Bispo convida mestra Geni Núñez. Canal da Escola de educação Física e Deportos da UFRJ. Transmitido ao vivo em 28 de jan. de 2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GlAYvzoM18w> Acessado em 22 de set. de 2022.

Camacho, Vivi. Aula 2: Saúde e Interculturalidade. axó. Aula 6: Cuidado Indígena: a força comunitária na prática de cura de cada indivíduo. Curso de Extensão Saberes Ancestrais e Práticas de Cura. Núcleo de Psicologia Comunitária e da Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. 2021. Disponível em: <https://youtu.be/AcQVqs4Fvc8> Acessado em 03 de jan. 2022.

Dona Cecília. Saberes transmitidos oralmente a mim em colheitas de plantas nos caminhos entre a cidade de Cavalcante e a comunidade São Domingos.

Lucas, Lívia. Aula do curso Diálogos Amefricanos: uma imersão no pensamento de Lélia Gonzalez. 2021.

Mumbuca, Ana. [Ana Cláudia Matos da Silva] Mekukradjá 2020 - Não somos donos da teia da vida, apenas de um de seus fios. Conversa com Ana Mumbuca (integrante do quilombo Mumbuca Jalapão, em Tocantins), Nêgo Bispo (escritor e militante do movimento quilombola). Mediação: Anápuáka Tupinambá (fundador e CEO da Rádio Yandê e do Yby Festival). Itaú Cultural. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NfA-ZF5dqH4&t=3184s>

Truká, Maria José e Bino. Aula 8: Ciências das ciências e as raízes do povo Truká. Curso de Extensão Saberes Ancestrais e Práticas de Cura. Núcleo de Psicologia Comunitária e da Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=svR4i3Fps5o> Acessado em: 03 de jan. de 2022.

Ubiraci Pataxó. Aula 6: Cuidado Indígena: a força comunitária na prática de cura de cada indivíduo. Curso de Extensão Saberes Ancestrais e Práticas de Cura. Núcleo de Psicologia Comunitária e da Saúde. Universidade Federal de Campina Grande. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JfPD3-TYSRo>. Acessado em 03 de jan. 2022.

**Reportagens:**

Anjos, Simony dos. Justiça reprodutiva: uma discussão dos direitos sexuais e reprodutivos a partir da perspectiva da mulher negra. Publicada em 10 de dezembro de 2021. Revista Senso. ISSN 2526-589X. Disponível em: <https://revistasenso.com.br/direitos-humanos/justica-reprodutiva-uma-discussao-dos-direitos-sexuais-e-reprodutivos-a-partir-da-perspectiva-da-mulher-negra/> Acessado em 22 de set. de 2022.

Campos, Ana Cristina. População residente em área indígena e quilombola supera 2,2 milhões. A informação é resultado de estudo divulgado pelo IBGE. Publicado em 15/10/2021 - 12:46 Por Ana Cristina Campos – Repórter da Agência Brasil - Rio de Janeiro. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-10/populacao-residente-em-area-indigena-e-quilombola-supera-22-milhoes> Acessado em: 19 de Abril de 2022.

Casto, Regina. Observatório Covid-19 destaca alta mortalidade materna. CCS/Fiocruz. 07/06/2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-destaca-alta-mortalidade-materna> Acessado em 30 de dez. 2021.

Duarte, Nathália. Cresce a procura por parto domiciliar em meio à pandemia de coronavírus; veja o que está em jogo na decisão. Revista Crescer. Globo. 12 Mai 2020 <https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Parto/noticia/2020/05/cresce-procura-por-parto-domiciliar-em-meio-pandemia-de-coronavirus-veja-o-que-esta-em-jogo-na-decisao.html> Acessado em 15 de dez 2021.

Junior, Clilson. #LUTO: Morre aos 80 anos em João Pessoa Dr. Delosmar Domingos de Mendonça. CLICKPB, editorial Paraíba. 18.07.2013. Disponível em: <https://www.clickpb.com.br/paraiba/luto-morre-aos-80-anos-em-joao-pessoa-dr-delosmar-de-mendonca-162434.html> Acessado em 03 de jan. de 2022.

Lemos, Simone. Cresce o número de partos domiciliares neste momento de pandemia. Rádio USP. Jornal USP. 25/08/2020 <https://jornal.usp.br/atualidades/cresce-o-numero-de-partos-domiciliares-neste-momento-de-pandemia/> acesso 15 de dez. 2021

Martins, Fran. Rede de Atenção Materna e Infantil: gestores devem solicitar inclusão de municípios na estratégia. Publicado em 08/08/2022 18h27. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/rede-de-atencao-materna-e-infantil-gestores-devem-solicitar-inclusao-de-municipios-na-estrategia> Acessado em 30 de set. de 2022.

Noronha, Rayane. Por que a Justiça Reprodutiva é relevante para a luta pelo fim da violência contra as mulheres? Postado em 30/11/2016, 8:54. Portal Catarinas. Disponível em: [https://catarinas.info/justica-reprodutiva-e-relevante-para-a-luta-pelo-fim-da-violencia-contra-as-mulheres/#\\_ftnref2](https://catarinas.info/justica-reprodutiva-e-relevante-para-a-luta-pelo-fim-da-violencia-contra-as-mulheres/#_ftnref2) Acessado em 22 de set. de 2022.

**Outras fontes:**

Alcantara, Diana. Assafétida, Esterco-do-diabo (Ferula assafoetida). Postado em 15 de novembro de 2012. Disponível em: <https://aloucadosperfumes.com/2012/11/15/assafetida-esterco-do-diabo-ferula-assafoetida/>. Acessado em 12 de jan. de 2022.

Bornstein, Vera Joana. História e contexto de atuação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde. 2016 Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39423/2/Curso%20de%20Aperfei%C3%A7oamento%20em%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Popular%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20Hist%C3%B3ria%20e%20contexto%20de%20atua%C3%A7%C3%A3o%20dos%20ACS.pdf> Acessado em 1 dez de 2021.

Cipria. Assafétida Resina 100%. <https://cipria.com.br/produto/assafetida-resina-100-zip-pouch-10g/>. Acessado em 1 de dez 2021.

Coletivo Margarita Alves. Guia de Defesa Popular da Justiça Reprodutiva, 2020. Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/guia-defesa-popular-justica-reprodutiva.pdf>. Acesso em 06 nov. 2021.

Devires. EDITAL COLETÂNEA DE ARTIGOS – *Cutucando o cu do cânone: insubmissões teóricas e desobediências epistêmicas*. Contextualização da proposta. 2021. Disponível em: <https://www.queerlivros.com.br/pagina/edital-coletanea-de-artigos-cutucando-o-cu-do-canone-insubmissoes-teoricas-e-desobediencias.html> Acessado em 3 de jan. de 2022.

Documento final da Marcha das Mulheres Indígenas: “Território: nosso corpo, nosso espírito”. Disponível em: <https://cimi.org.br/2019/08/marcha-mulheres-indigenas-documento-final-lutar-pelos-nossos-territorios-lutar-pelo-nosso-direito-vida/> Acessado em: 22 de set. de 2022.

Geledés. E não sou uma mulher? – Sojourner Truth. Tradução de Osmundo Pinho. Publicado em 08/01/2014. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth/>. Acessado em 02 de jan. de 2022.

Lima, Juliana Domingos. Semear o futuro: Vandana Shiva começou lutando pela floresta na Índia e criou movimento para salvar milhares de sementes. [Entrevista a Vandana Shiva]. Reportagem ECOA-UOL. São Paulo: 31 de outubro de 2021. Disponível em: <https://www.uol.com.br/ecoa/reportagens-especiais/vandana-shiva-criou-movimento-para-salvar-milhares-de-sementes-na-india/> Acessado em: 29 de set. de 2022.

Nêgo Bispo (Antônio Bispo dos Santos) Fogo!... Queimaram Palmares, Nasceu Canudos. Quilombo Saco-curtume em São João do Piauí/PI. Site da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas\_ CONAQ. Disponível em: <http://conaq.org.br/noticias/fogo-queimaram-palmares-nasceu-canudos-por-nego-bispo/> Acessado em 22 de set. de 2022.

Origem da Palavra. Superstição [verbete]. 2022. Disponível em: <https://origemdapalavra.com.br/artigo/supersticao/> Acessado em 27 de set. de 2022.

OObR Covid-19. Obstétrico Brasileiro-COVID-19. [https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid\\_gesta\\_puerp\\_br/](https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/) . Acessado em 23 de dez. de 2021.

Queiroga, Maria Maurília. A família negra e a questão da reprodução. Anais do VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/492> Acessado em 03 de jan. de 2022.

Rodrigues, Patrícia de Mendonça, 2021. Avá-Canoeiro [verbete]. Povos Indígenas no Brasil. Instituto Socioambiental. Última atualização em 3 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Av%C3%A1-Canoeiro>. Acessado em 02 de jan. 2022.

Viana, Renata Calheiros, O parto cesariana na mitologia. Arte Médica: Temas Médicos na Arte. Blog. 28 de novembro de 2011. Disponível em: <http://medicinesart.blogspot.com/2011/11/o-parto-cesariana-na-mitologia.html> Acessado em 15 de fev. de 2021.

### **Filmes:**

Avá-Canoeiro - A Teia do Povo Invisível. Direção Geral: Mara Moreira. Realização: Focus Opinião e Estratégia. 2005/2006. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yiIxEVL0hNg> Acessado em 03 de jan. de 2022.

## Apêndice

### Uso exclusivo e restrito de medicamentos e ferramentas: um debate necessário

Como vimos anteriormente, uma das principais causas de morte materna no Brasil é hemorragia pós-parto, especialmente no terceiro estágio do parto (nascimento da placenta). Existe ampla investigação sobre o tema e se aceita hoje algumas tecnologias de produto e de processo com evidências na redução da hemorragia pós-parto (Rangel, Rita de Cássia Teixeira et al., 2019). Tecnologias em saúde é um termo usado no campo institucional da profissionalização da saúde que se refere a toda intervenção utilizada para promover a saúde. Inclui tecnologias de produto como máquinas, medicamentos, programas, materiais, etc; e tecnologias de processo como procedimentos clínicos e cirúrgicos, atividades educacionais, gestão, técnicas de cuidado, etc. (Rangel, Rita de Cássia Teixeira et al., 2019).

Dentre as ditas tecnologias de produto, a maior ênfase para a prevenção da morte materna por hemorragia pós-parto é para medicamentos. Os medicamentos mais usados a nível mundial são o misoprostol e a ocitocina. No Brasil ambos tem sua venda proibida e uso restrito hospitalar ou por profissionais da saúde. Na assistência ao parto profissional no Brasil é protocolo a administração de 10 umi de ocitocina após o nascimento do bebê para prevenção de hemorragia. Embora a ocitocina<sup>54</sup> apresente melhores resultados na redução de hemorragia, o uso do misoprostol conta com amplos estudos defendendo seu uso especialmente em regiões com poucos recursos econômicos e de infraestrutura por ser mais barato, de mais fácil manejo e armazenamento. O misoprostol é em comprimido e pode ser administrado via oral, sublingual ou retal e não precisa de refrigeração para armazenar. A ocitocina é injetável (endovenosa ou intramuscular) e precisa de refrigeração para sua conservação (Rangel, Rita de Cássia Teixeira et al., 2019).

O misoprostol tem ampla defesa de seu uso sobretudo em regiões onde não há energia elétrica, onde há partos assistidos por parteiras não profissionais, autoassistidos ou assistidos por parteiras profissionais (midwives). Este mesmo medicamento que foi inicialmente fabricado para outros fins, teve sua propriedade uterotônica (que provoca a contração do útero) descoberta e divulgada inicialmente na América Latina por possibilitar a provocação de aborto. Após ser amplamente usado para indução de aborto, foi proibido no Brasil e em boa parte dos países latinoamericanos, sendo há anos de uso exclusivo hospitalar (fonte: oralidade de socorristas latino americanas).

---

54 É importante destacar que aqui nos referimos ao uso da ocitocina no pós-parto. O uso de ocitocina no trabalho de parto tem evidências de aumentar o risco de hemorragia.

Cabe ressaltar que o método medicamentoso de aborto pelo uso combinado de misoprostol e mifeprestine é hoje recomendado pela OMS e internacionalmente reconhecido como um dos métodos mais seguros para abortos até a 12ª semana de gestação. Seu uso isolado, sem a combinação com a outra droga, é também considerado bastante seguro.

No pós-parto as desvantagens do misoprostol em relação a ocitocina são o tempo de ação (ocitocina endovenosa ou intramuscular de 2 a 10 min) e efeitos adversos, pois o misoprostol geralmente causa náusea, febre e tremores. Sendo assim seu uso é majoritariamente recomendado em regiões onde não há recursos para o uso de outros uterotônicos como a ocitocina(Rangel, Rita de Cássia Teixeira et al., 2019).

Porque esse debate é relevante numa tese cujo aspecto central é assistência ao parto por parteiras tradicionais? Algo que me chamou muito a atenção quando iniciei a aprender com dona Flor foram alguns relatos de um medicamento injetável pituitina que ela usava em alguns casos de emergência. Nas buscas por artigos encontrei apenas 3 artigos que falam desse medicamento usado na década de 30 e 40 para controle de hemorragia (Mott,2002; COSTA, Lúcia Helena, 2002; Canassa, Neli Silvia Andreazzi et al.,2011). Além disso, acompanhar partos em cidades com assistência hospitalar precária e muitas vezes em zona rural me fez obviamente refletir sobre cuidados emergenciais. Todas as parteiras tradicionais que conheci, aprendi e entrevistei têm métodos de prevenção e controle da hemorragia.

Citando alguns desses métodos, que hoje são também reconhecidos pela “evidência científica” e chamados pela mesma de tecnologias de processo está: não aceleração do trabalho de parto; corte/clampeamento tardio do cordão umbilical, as parteiras em geral só cortam o cordão após o nascimento(dequitação) da companheira (placenta). Outros métodos usados por elas e reconhecidos parcialmente por evidências científicas estão massagens uterinas, posição ativa da mulher no terceiro estágio do parto(momento de nascimento da placenta) e tração controlada do cordão umbilical. Além disso as parteiras usam uterotônicos naturais como gergelim[todas as entrevistadas], algodão(raiz ou maçã)[ dona flor e ...] e quitoque[dona flor]. E por último diversas parteiras da região conhecem benzimentos tanto para o nascimento da placenta como para o controle da hemorragia.

Embora não haja estudos com esse recorte específico que “comprovem” que os cuidados usados pelas parteiras diminuem o risco de hemorragia, pelos relatos de campo das mulheres entrevistadas assistidas por parteira nota-se que nenhuma relatou hemorragia e as que relataram saber a causa morte das que faleceram, hemorragia não foi mencionada. Por outro lado, considerando os estudos científicos que comprovam a eficácia de certas práticas na prevenção e controle da hemorragia, e considerando que

a maioria das parteiras e mulheres assistidas por elas, relata seguir tais práticas, podemos inferir que a assistência ao parto nessas tradições tendem a ter menos hemorragia pós-parto.

Ainda assim, ela pode acontecer e não é possível ignorar a alta taxa de mortalidade materna por essa razão, e também não se pode ignorar a eficácia comprovada de medicamentos que podem salvar a vida de mulheres. Porque as parteiras não podem ter acesso a estes medicamentos? Esse simples acesso daria mais segurança para nós/elas. Talvez esse acesso encorajasse outras mulheres a seguir aprendendo e praticando o parto tradicional.

E não podemos deixar de mencionar o polêmico tema do aborto.....

O uso exclusivo de medicamentos como misoprostol e ocitocina são complexos, se por um lado envolve controle de riscos de um mau uso pela população em geral, por outro também está diretamente relacionado com o poder médico e o boicote a autonomia e segurança reprodutiva das mulheres. Por tanto, o acesso a esses medicamentos e a informação de como usá-los é uma questão de justiça reprodutiva.

Outro ponto que considero importantíssimo de trazer aqui é a questão do uso exclusivo de ferramentas e condutas consideradas profissionais, seu impedimento de realização por pessoas não profissionais. Estou me referindo sobretudo a escuta do coração e da reanimação neonatal. Uma das perguntas era se as parteiras colocam o ouvido para ouvir o coração do bebê. Não ouvi um relato sobre essa prática, então considero ela inexistente. O que as parteiras faziam pra avaliar a condição do bebê era um: rezar, algumas com auxílio do cachimbo, outras apenas com a reza, muitas relatam ter “recebido a informação” que o bebê estava assim ou assado com a reza. Dois: sentir com as mãos.

Alguns relatos de parto narram o nascimento de bebês mortos e muitas eu perguntava se houve respiração boca a boca ou algo assim, e também não ouvi nenhum relato nesse sentido. Técnicas de reanimação neonatal por meio de ventilação são intervenções leves, simples de aprender, e que podem salvar muitas vidas. Especialmente com o uso de ambu, aparelho de reanimação mecânica que feito por bolsa, válvula e máscara. Essa pode ser ser uma tecnologia vinda do saber biomédico que beneficiaria a prática das parteiras em partos domiciliares.

Também é importante ressaltar que o número de mortes neonatais no Brasil é muito alto quando comparado a outros países, digo mortes neonatais em hospitais. Considerando os vários relatos de mulheres que pariram no hospital sem o acompanhamento de enfermeira ou médica que chegam após o nascimento, provavelmente também muitas mortes neonatais poderiam ser evitadas com uma melhor atenção a mulher.

Esse debate sobre o uso de tecnologias biomédicas por parteiras tradicionais é bastante complexo, aqui são apenas reflexões iniciais que surgiram no decorrer dessa pesquisa. Está como apêndice justamente por ser um texto ainda muito raso do ponto de vista do apanhado de discussões que se tem disponível acerca do uso de medicamentos e instrumentos por pessoas não profissionais da saúde. Está presente aqui para abrir o leque de possibilidades.

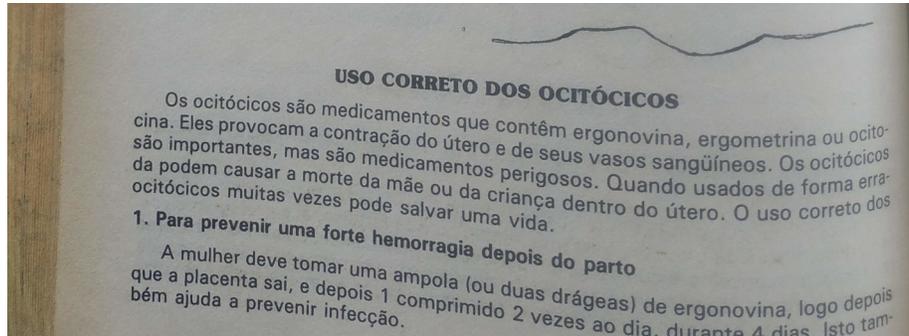
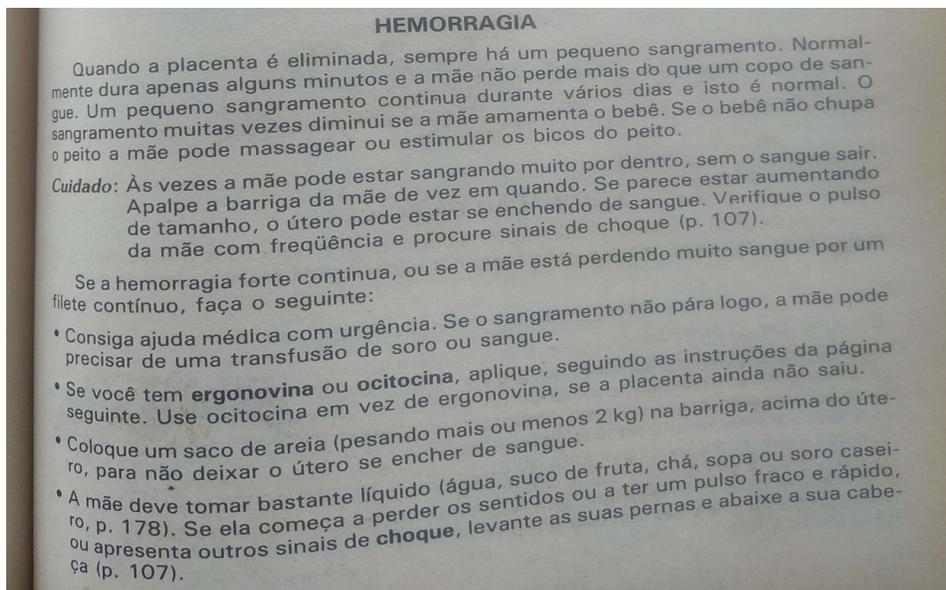


Figura: trecho do livro "Onde não há médico" David Werner, 1934. edição brasileira de 1989. Traduzido do original de 1977. Coleção saúde e comunidade. Distribuído pela missão asas do socorro a agentes comunitários, voluntários, de saúde.



# **ANEXO 1**

## **TCLE mulheres**



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-graduação em Bioética**

***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

Convidamos a Senhora a participar voluntariamente do projeto de pesquisa ***Os saberes das parteiras de Cavalcante/GO e sua interlocução com o Estado: estratégias bioéticas decoloniais***, sobre a responsabilidade da pesquisadora Juliana Floriano Toledo Watson. O projeto é uma pesquisa sobre a assistência a gestação, parto e nascimento no município de Cavalcante-GO.

Objetivo desta pesquisa é avaliar a situação das parteiras tradicionais no presente e passado recente e sua relação com o Estado e sugerir possibilidades de diálogo a partir de políticas públicas já existentes no país. O objetivo secundário é avaliar a situação da assistência ao parto no município no presente e passado recente, e quais transformações na saúde e bem viver das mulheres e bebês com relação à ruptura de cuidados de parteiras tradicionais. A proposta é uma estratégia de promoção do pluralismo no âmbito da bioética e das redes públicas de saúde e educação do município.

A senhora receberá todas as informações necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação se dará por meio de entrevista com a pesquisadora que irá gravar a conversa e depois transformar em texto, utilizando algumas falas da senhora. A pesquisadora também vai observar sua casa, comunidade e sua relação com as pessoas. Pode tirar fotografias que só serão usadas com a sua autorização prévia em documento específico. A entrevista será na sua casa ou onde a senhora achar mais confortável, na data que nós combinarmos com um tempo estimado de duas horas para sua realização. Você também pode ser convidada para rodas de conversa sobre temas relacionados à pesquisa (gestação, parto, pós-parto, saúde das mulheres, conhecimentos tradicionais). Essas rodas serão gravadas em áudio e a pesquisadora também usará as informações dadas na roda como dados de pesquisa. As rodas terão duração aproximada de duas horas e serão em local e data a definir ainda.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são:

- acesso (memória) à dores e traumas de violências vividas no âmbito do ciclo gravídico e puerperal. A pesquisadora está aberta para te acolher e pode te passar contatos e indicar profissionais que possam melhor acolher esses traumas;
- a visibilidade do tema na cidade pode gerar represálias devido ao preconceito existente. O objetivo da pesquisa é justamente trabalhar com esse preconceito, valorizando o conhecimento tradicional do partejar e a autonomia das mulheres na sua vida reprodutiva. A

---

rubrica participante

---

rubrica pesquisadora

pesquisadora fará rodas de conversas para conscientizar profissionais e a sociedade à diversidade cultural em torno do parto e nascimento, medida que busca minimizar esse dano. Seu nome não aparecerá nos artigos e tese e outras divulgações dos resultados, será usado nome fictício de sua preferência. A pesquisadora se manterá disponível para contato, caso a senhora perceba que recebeu alguma ação de preconceito ou represália por conta da pesquisa entre em contato comigo para que eu possa encaminhar às instâncias cabíveis.

- nas rodas podem ocorrer conflitos de diferentes opiniões na família ou comunidade. A pesquisadora conduzirá as entrevistas e rodas com cuidado e buscando explicitar que cada ser tem sua história de vida e que as diferentes opiniões precisam ser respeitadas, bem como que o intuito da pesquisa é justamente encontrar caminhos de diálogo entre o saber tradicional e científico e mapear as diferentes experiências e realidades.

Se a senhora aceitar participar, estará contribuindo para:

- Mapeamento da situação dos nascimentos no município que poderá ser utilizado para projetos sociais e políticas públicas;
- Valorização do conhecimento tradicional sobre gestação, parto e pós-parto;
- Registro histórico das parteiras tradicionais e seus saberes, constituindo importante fonte de memória comunitária e do patrimônio cultural da humanidade;
- Troca de saberes durante as rodas;
- Apontamento de alternativas às mulheres no cuidado com sua saúde;
- Ampliação do debate sobre pluralismo bioético na saúde;
- Fomento de ações Estatais de valorização da cultura tradicional e do bem viver;
- Conscientização da importância do bioma cerrado e de sua preservação;
- Reflexão das participantes em torno de sua própria história de vida;
- Melhora da assistência à gestação, parto e nascimento no município;
- Os resultados obtidos no âmbito do município podem contribuir para elaboração de políticas públicas e ações sociais em outras localidades.

A Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, pode se recusar a participar das rodas ou sair quando desejar, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-graduação em Bioética**

Essa pesquisa é para ser realizada sem que a senhora tenha despesas para participar dela. Caso tenha alguma despesa não prevista por participar da pesquisa, avise a pesquisadora que cobrirá os custos.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, a senhora deverá buscar ser indenizada, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Também haverá apresentações no município de Cavalcante, a senhora será comunicada. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: pesquisadora Juliana Floriano Toledo Watson no telefone (62)998339982 ou para a coorientadora Marianna Holanda, professora do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília no telefone (61)981380780, disponível inclusive para ligação a cobrar. Também pode entrar em contato pelo e-mail [flor.arquivas@gmail.com](mailto:flor.arquivas@gmail.com).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

---

Participante da Pesquisa

---

Juliana Floriano Toledo Watson  
Pesquisadora Responsável

Cavalcante, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

rubrica participante

---

rubrica pesquisadora

# **ANEXO 2**

## **TCLE parteiras**



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-graduação em Bioética**

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa ***Os saberes das parteiras de Cavalcante/GO e sua interlocução com o Estado: estratégias bioéticas decoloniais***, sobre a responsabilidade da pesquisadora Juliana Floriano Toledo Watson. O projeto é uma pesquisa sobre a assistência a gestação, parto e nascimento no município de Cavalcante-GO.

Objetivo desta pesquisa é avaliar a situação das parteiras tradicionais no presente e passado recente e sua relação com o Estado e sugerir possibilidades de diálogo a partir de políticas públicas já existentes no país. O objetivo secundário é avaliar a situação da assistência ao parto no município no presente e passado recente, e quais transformações na saúde e bem viver das mulheres e bebês com relação à ruptura de cuidados de parteiras tradicionais. A proposta é uma estratégia de promoção do pluralismo no âmbito da bioética e das redes públicas de saúde e educação do município.

A senhora receberá todas as informações necessários antes e no decorrer da pesquisa.

A sua participação se dará por meio de entrevista com a pesquisadora que irá gravar a conversa e depois transformar em texto, utilizando algumas falas da senhora. A pesquisadora também vai observar sua casa, comunidade e sua relação com as pessoas. Pode tirar fotografias que só serão usadas com a sua autorização em documento específico. A entrevista será na sua casa ou onde a senhora achar mais confortável, na data que nós combinarmos com um tempo estimado de duas horas para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são:

- acesso (memória) à dores e traumas de violências vividas no seu tempo de parteira. A pesquisadora está aberta para te acolher e pode te passar contatos e indicar profissionais que possam melhor acolher esses traumas;
- a visibilidade do tema na cidade pode gerar represálias devido ao preconceito existente. O objetivo da pesquisa é justamente trabalhar com esse preconceito, valorizando o conhecimento tradicional do partejar. A pesquisadora fará rodas de conversas para conscientizar profissionais e a sociedade à diversidade cultural em torno do parto e nascimento, medida que busca minimizar esse dano. A proposta da pesquisadora é manter o seu nome na tese e artigos e nas apresentações dos mesmos para fazer um registro da história das parteiras aqui em Cavalcante. Mas se a senhora não quiser que seu nome apareça eu não coloco ele, uso um nome de mentira que a senhora vai escolher. A pesquisadora se manterá disponível para contato, caso a senhora perceba que recebeu alguma ação de preconceito ou

---

rubrica participante

---

rubrica pesquisadora



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-graduação em Bioética**

represália por conta da pesquisa entre em contato comigo para que eu possa encaminhar às instâncias cabíveis.

Se a senhora aceitar participar, estará contribuindo para:

- Mapeamento da situação dos nascimentos no município que poderá ser utilizado para projetos sociais e políticas públicas;
- Valorização do conhecimento tradicional sobre gestação, parto e pós-parto;
- Registro histórico das parteiras tradicionais e seus saberes, constituindo importante fonte de memória comunitária e do patrimônio cultural da humanidade;
- Troca de saberes durante as rodas;
- Apontamento de alternativas às mulheres no cuidado com sua saúde;
- Ampliação do debate sobre pluralismo bioético na saúde;
- Fomento de ações Estatais de valorização da cultura tradicional e do bem viver;
- Conscientização da importância do bioma cerrado e de sua preservação;
- Reflexão das participantes em torno de sua própria história de vida;
- Melhora da assistência à gestação, parto e nascimento no município;
- Os resultados obtidos no âmbito do município podem contribuir para elaboração de políticas públicas e ações sociais em outras localidades.

A Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Essa pesquisa é para ser realizada sem que a senhora tenha despesas para participar dela. Caso tenha alguma despesa não prevista por participar da pesquisa, avise a pesquisadora que cobrirá os custos.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, a senhora deverá buscar ser indenizada, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Também haverá apresentações no município de Cavalcante, a senhora será comunicada. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: pesquisadora Juliana Floriano Toledo Watson no telefone (62)998339982 ou para a coorientadora Marianna Holanda, professora do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília no telefone

---

rubrica participante

---

rubrica pesquisadora



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-graduação em Bioética**

(61)981380780, disponível inclusive para ligação a cobrar. Também pode entrar em contato pelo e-mail [flor.arquivas@gmail.com](mailto:flor.arquivas@gmail.com).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

---

Participante da Pesquisa

---

Juliana Floriano Toledo Watson  
Pesquisadora Responsável

Cavalcante, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

rubrica participante

---

rubrica pesquisadora  
3/3

# **ANEXO 3**

## **TCLE profissionais e gestoris da saúde**



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-graduação em Bioética**

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa ***Os saberes das parteiras de Cavalcante/GO e sua interlocução com o Estado: estratégias bioéticas decoloniais***, sobre a responsabilidade da pesquisadora Juliana Floriano Toledo Watson. O projeto é uma pesquisa de doutorado sobre a assistência a gestação, parto e nascimento no município de Cavalcante-GO.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a situação das parteiras tradicionais no presente e passado recente e sua relação com o Estado e sugerir possibilidades de diálogo a partir de políticas públicas já existentes no país. O objetivo secundário é avaliar a situação da assistência ao parto no município no presente e passado recente, e quais transformações na saúde e bem viver das mulheres e bebês com relação à ruptura de cuidados de parteiras tradicionais. A proposta é uma estratégia de promoção do pluralismo no âmbito da bioética e das redes públicas de saúde e educação do município.

A senhora/o senhor receberá todas as informações necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista com a pesquisadora que irá gravar a conversa e depois transformar em texto, utilizando algumas falas da senhora/do senhor. A pesquisadora também vai observar seu espaço de trabalho e sua relação com as pessoas. Pode tirar fotografias que só serão usadas com a sua autorização prévia em documento específico. A entrevista será no seu ambiente de trabalho ou onde a senhora/o senhor achar mais confortável, na data que nós combinarmos com um tempo estimado de duas horas para sua realização. A senhora/o senhor também pode ser convidada/o a participar de roda de conversa sobre temáticas relacionadas ao tema. As rodas também serão gravadas em áudio e as informações compartilhadas nelas serão parte dos dados da pesquisa. As rodas terão duração máxima de 2 horas e serão em data e local a confirmar.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são:

- com a divulgação dos resultados da pesquisa pode haver uma exposição pública do seu trabalho realizado enquanto equipe, estando sujeito a possíveis avaliações e retaliações. Sua identidade pessoal será totalmente preservada e nos textos decorrentes da pesquisa será usado nome fictício que a senhora/o senhor escolher. A pesquisa visa também fornecer dados e informações para melhorar a assistência às gestantes, mães, bebês e familiares nesses âmbitos, e assim será a abordagem, não apenas crítica mas também propositiva de caminhos

---

rubrica participante

---

rubrica pesquisadora

para melhorar. A pesquisadora se manterá disponível para contato e encaminhará qualquer situação de ataque pessoal à senhora/ ao senhor em decorrência da pesquisa às instâncias cabíveis;

- nas rodas podem ocorrer conflitos de diferentes opiniões na família ou comunidade. A pesquisadora conduzirá as entrevistas e rodas com cuidado e buscando explicitar que cada ser tem sua história de vida e que as diferentes opiniões precisam ser respeitadas, bem como que o intuito da pesquisa é justamente encontrar caminhos de diálogo entre o saber tradicional e científico e mapear as diferentes experiências e realidades.

Se a senhora/ o senhor aceitar participar, estará contribuindo para:

- Mapeamento da situação dos nascimentos no município que poderá ser utilizado para projetos sociais e políticas públicas;
- Valorização do conhecimento tradicional sobre gestação, parto e pós-parto;
- Registro histórico das parteiras tradicionais e seus saberes, constituindo importante fonte de memória comunitária e do patrimônio cultural da humanidade;
- Troca de saberes durante as rodas;
- Apontamento de alternativas às mulheres no cuidado com sua saúde;
- Ampliação do debate sobre pluralismo bioético na saúde;
- Fomento de ações Estatais de valorização da cultura tradicional e do bem viver;
- Conscientização da importância do bioma cerrado e de sua preservação;
- Reflexão das participantes em torno de sua própria história de vida;
- Melhora da assistência à gestação, parto e nascimento no município;
- Os resultados obtidos no âmbito do município podem contribuir para elaboração de políticas públicas e ações sociais em outras localidades.

A senhora/o senhor pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, pode se retirar ou não aceitar o convite para as rodas, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora/o senhor. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Essa pesquisa é para ser realizada sem que a senhora/o senhor tenha despesas para participar dela. Caso tenha alguma despesa não prevista por participar da pesquisa, avise a pesquisadora que cobrirá os custos.

---

rubrica participante

---

rubrica pesquisadora



**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-graduação em Bioética**

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, a senhora/o senhor deverá buscar ser indenizada/o, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Também haverá apresentações no município de Cavalcante, a senhora/o senhor será comunicada/o. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se a senhora/o senhor tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: pesquisadora Juliana Floriano Toledo Watson no telefone (62)998339982 ou para a coorientadora Marianna Holanda, professora do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília no telefone (61)981380780, disponível inclusive para ligação a cobrar. Também pode entrar em contato pelo e-mail [flor.arquivas@gmail.com](mailto:flor.arquivas@gmail.com).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

---

Participante da Pesquisa

---

Juliana Floriano Toledo Watson  
Pesquisadora Responsável

**Cavalcante, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.**

---

rubrica participante

---

rubrica pesquisadora

# **ANEXO 4**

## **Roteiro de entrevista com mulheres**

## Leitura de TCLE

1. Quantos anos você tem?
2. Como você se define como gênero(mulher, homem, não binária, trans)?
3. Como você se identifica racialmente?
4. Você tem religião? Qual?
5. Você estudou até que série?
6. Nasceu em qual comunidade?
7. Viveu até quantos anos na comunidade?
8. Como você nasceu?
9. Você sabe como sua mãe nasceu? E seu pai?
10. Você sabe como sua vó nasceu?
11. Quais as suas lembranças de parto quando você era criança e jovem? Você presenciou algum? Viu as pessoas falarem sobre parto? Quem falou? Lembra o que falavam?
12. Alguém da sua família te ensinou, explicou coisas sobre a saúde da mulher, como sexualidade, gestação, menstruação, parto? Em que momento da sua vida?
13. Quando você casou? Você teve outras relações antes do casamento?
14. Tinha algum preparo do corpo antes de engravidar que foi ensinado para você?
15. Quantos filhos você teve? Quantos abortos? Com quantos anos cada? Conte como foi cada gestação, quem te acompanhava, tinha cuidados durante a gestação? Com alimentação, questões físicas, tinha indicação de passar óleo na vagina? ..alguém media sua barriga ou escutava o coração do nenem?
16. Como foram os partos? Onde? Quem estava presente? O que foi feito? Teve banhos? Benzimento? Simpatia? Unguento? Reza? Cantos? Quais comidas? Teve fogo? Cachimbo? Defumação? Em que posição você ficou? A parteira escutava o coração do neném?O que fez com a placenta?
17. Como foi a recuperação? Quais cuidados recebeu no resguardo? O que era recomendado para você(alimentação, atividades, banhos etc) e para o bebê?
18. Você teve ruptura de períneo(rasgou a vagina)? Como foi a recuperação?
19. Como era o curativo do umbigo? O que você fez com ele?
20. As contemporâneas suas as histórias eram parecidas? Você lembra de alguma particular?
21. Como você entende o parto?
22. O que é nascer?
23. Você lembra de alguma mulher que morreu no parto? E bebê?

24. **Você lembra de alguma mulher ser encaminhada pela parteira pra cidade/hospital?  
Em que momento da gestação?**
25. **Você ensinou a suas filhas e netas o que sabia sobre saúde da mulher, gestação parto e resguardo? Em que momento? Você recomendou que elas tivessem os mesmos cuidados que você teve?**
26. **Você acha melhor parir em casa ou no hospital?**
27. **Você recomendou que suas filhas tivessem em casa ou no hospital?**
28. **você tem medo de parir em casa? Tem medo de parir com parteira? E no hospital?**
29. **Qual o melhor lugar para seus filhos e filhas crescerem?**
30. **Como você percebe o fato de seus filhos e filhas terem nascido em outra cidade? Como é pra você?**
31. **Você sente falta das parteiras atuando? Acha que seria possível um trabalho integrado com o hospital?**
32. **Porque você acha que as parteiras não estão mais acompanhando partos?**
33. **Você lembra o nome das parteiras antigas de sua comunidade? E da cidade de cavalcante?**
34. **Você acha que a saúde das mulheres e bebês é melhor agora que elas parem no hospital?**
35. **o que vai acontecer quando a ultima parteira morrer? Você consegue imaginar um mundo sem nenhuma parteira viva? O que seria da assistencia ao parto sem esses conhecimentos centenarios?**

# **ANEXO 5**

## **Roteiro de entrevista com profissionais e gestoras/es saúde**

## **Roteiro de entrevista profissionais e gestoras/es de saúde do município**

### **Gerais:**

1. Quantos anos você tem?
2. Como você se define como gênero(mulher, homem, não binária, trans)?
3. Como você se identifica racialmente?
4. Você tem religião? Qual?
5. Você estudou até que série?
6. Nasceu em qual comunidade?
7. Viveu até quantos anos na comunidade?
8. Como você nasceu?
9. Qual sua profissão e qual posição ocupa atualmente?
10. Há quanto tempo trabalha na saúde do município?

### **Específicas para profissionais ou gestoras mais antigas:**

11. Quem era gestor/gestora em 1998/1999? como era o hospital nessa época? Que médicos estavam atendendo? E enfermeiros no posto de saúde?[anos de maior assistência ao parto hospitalar em Calvalcante]
12. 2005 e 2006 sobe consideravelmente o número de partos fora do município. Qual era a gestão O que aconteceu nessa época no município?
13. E em 2010 e em 2013?
14. E 2016???(muitos partos domiciliares)
15. História do hospital
16. Quando começaram os agentes de saúde a atuar formalmente? Já coletavam dados sobre nascimento?

### **Comuns a enfermeiros, médicas/os e gestoras/es:**

17. Como é feito/lançado o registro de nascimentos? Como era feito o registro desses nascimentos antes e agora?
18. Como é distribuída a DNV? Como preenche o campo cor/raça na DNV? Fala da mãe e bebê ou só de um deles?
19. Quando nasce na ambulância o que é registrado como local de nascimento?
20. Quais são hoje os exames realizados em Calvalcante e quais a gestante precisa se locomover para Campos Belos? Como é feito esse transporte?

### **Específicas para gestoras:**

21. Como está configurada a assistência a saúde no município(estrutura)? Quantas UBS Outros núcleos de assistência primária? Tem algum núcleo especializado? Qual o porte do hospital?
22. Quantas ambulâncias tem hoje no município e como elas estão equipadas?

### **Específicas para enfermeiros que realizam pré-natal:**

23. Qual o protocolo seguido no pré-natal? Quais os exames básicos e assuntos abordados?
24. Como é feito diagnóstico e prevenção de pré-eclampsia?
25. Você aborda os seguintes temas durante o pré-natal? riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto (uso de ocitocina, jejum, episiotomia, analgesia farmacológica, etc.); riscos e benefícios do parto domiciliar e hospitalar. Como isso é abordado?
26. A rede cegonha prevê um mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco ao local de ocorrência do parto. Quais os protocolos nesse sentido? Pra onde vai cada uma. Como é feita a vinculação da gestante com a maternidade onde será o parto?
27. Qual a sua relação com parteiras tradicionais? Conhece alguma? Já trabalhou conjuntamente?
28. Quando chega pra fazer pré-natal uma menina com menos de 14 anos e com menos de 12 semanas de gestação, qual o protocolo?
29. Como você vê a história da assistência ao parto no município?
30. Quais os principais desafios que você vê hoje na assistência ao parto no município?
31. Você tem sugestões para que esses desafios sejam superados?
32. Você considera algum modelo ideal?

### **Específicas para profissionais e gestoras/es do hospital:**

33. Qual o protocolo de assistência para quando chega uma mulher em trabalho de parto (a termo e pré-maturo)? Em quais situações se encaminha? Como é feita a escolha para onde se encaminha?
34. O que tem disponível para emergências como hemorragia e pré-eclampsia e eclampsia?
35. Tem algum profissional capacitado para reanimação neonatal? Qual o intervalo de reciclagem do treinamento?
36. O que você sabe sobre a história do hospital na atenção ao parto?
37. Qual a sua relação com parteiras tradicionais? Já viu alguma aqui? Quais histórias você conhece?

38. Quais foram as situações mais desafiadoras que você viveu com relação a assistência ao parto?
39. Quais desafios você vê na assistência ao parto no município?
40. Você tem sugestões para que esses desafios sejam superados?
41. Você considera algum modelo ideal?

# **ANEXO 6**

**PB Parecer**

**Consubstanciado CEP**

**4719713**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Os saberes das parteiras de Cavalcante/GO e sua interlocução com o Estado: estratégias bioéticas decoloniais

**Pesquisador:** Juliana Floriano Toledo Watson

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 39107419.3.0000.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.719.713

**Apresentação do Projeto:**

Conforme documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1587887\_E1.pdf":

"RESUMO

Introdução: Questões associadas à segurança do paciente apresentam-se como pauta de destaque nos debates atuais sobre saúde, pensando-se a temática como um problema de saúde pública, uma vez que riscos e ocorrências de eventos adversos que provocam danos ao paciente têm aumentado, e entendendo-se dessa forma, a segurança do paciente como dimensão fundamental para a qualidade da assistência em saúde. Tema mais comum de discussão no âmbito hospitalar, sabe-se, porém, que na Atenção Primária à Saúde os erros e conseqüentemente os eventos adversos também ocorrem e comprometem a segurança do paciente. Objetivos: Analisar a percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde acerca da cultura de segurança da paciente no município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. Metodologia: Será realizado estudo descritivo, com pesquisa de campo e abordagem metodológica mista – quantitativa e qualitativa. Farão parte da pesquisa profissionais que integram as Equipes de Saúde da Família do município de Uberlândia – Minas Gerais (MG), por meio do preenchimento do instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC), traduzido para o português brasileiro e validado como "Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária", e entrevista semiestruturada. Os dados quantitativos serão organizados e armazenados em planilhas do programa Microsoft Excel®, utilizando-se para

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.719.713

análise o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0. Serão calculadas medidas de posição e dispersão, cálculo de porcentagem, como também, o uso da análise fatorial para redução das variáveis do instrumento. Para a avaliação psicométrica, será utilizado para análise da estabilidade o coeficiente de correlação intraclasse (intraclass correlation coefficient - ICC), para a consistência interna, o coeficiente alfa de Cronbach, e para equivalência, o coeficiente Kappa. Já as entrevistas serão gravadas, transcritas na sua totalidade e analisadas segundo a proposta da Análise de Conteúdo. Com os resultados da pesquisa, espera-se uma maior divulgação e discussão sobre a temática, em que profissionais e estudantes terão acesso, podendo incentivar novos estudos, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população ao trazer a luz os maiores desafios e problemáticas frente à segurança do paciente no campo da Atenção Primária à Saúde.”

“Critério de Inclusão:

Como critérios de inclusão estabeleceram-se: profissionais integrantes das equipes de Saúde da Família do Município de Uberlândia – MG, Brasil, maiores de 18 anos, que já tenham cumprido no mínimo três meses de serviço (referente ao período de experiência), entendendo-se como tempo suficiente para adaptação às normas e rotinas da unidade, e que concordem em participar do presente estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Só serão aceitos instrumentos respondidos na íntegra.

Critério de Exclusão:

Como critérios de exclusão definiram-se: qualquer profissional da equipe de Saúde da Família que não se enquadre nos parâmetros citados anteriormente ou que se recuse a participar ou assinar o TCLE, além de profissionais que se encontrem em período de férias, licença ou afastamento por motivos de saúde no período de coleta de dados, como também, instrumentos que não se encontrem preenchidos em seu todo.”

“Hipótese:

Diante do exposto, tem-se a seguinte hipótese para o desenvolvimento desse estudo: identificar a visão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca da cultura da segurança da paciente implicará na promoção e tomada de ações mais seguras e de maior qualidade para o cuidado em saúde. Em vista disso, tem-se a seguinte questão norteadora: qual a visão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde acerca da cultura de segurança da paciente?”

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.719.713

**Objetivo da Pesquisa:**

"Objetivo Primário:

Analisar a percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde acerca da cultura de segurança da paciente no município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Objetivo Secundário:

Os objetivos secundários consistem em: aplicar o instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) versão em português; realizar análise psicométrica do instrumento Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) versão em português."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Riscos:

Qualquer pesquisa com seres humanos pode envolver riscos. A participação do convidado é voluntária e sua colaboração será através do preenchimento do instrumento de pesquisa e entrevista, em alguns casos. Os mesmos não serão expostos a qualquer tipo de substâncias químicas ou dispositivos que possam trazer algum dano à sua saúde. Ainda assim, existe a possibilidade de, durante o desenvolvimento do presente estudo, os participantes demonstrarem nervosismo na realização da pesquisa, desconforto ou receio em expor suas opiniões e aspectos da vida profissional. Diante disso, a pesquisadora destacará a liberdade de escolha por participar ou não da pesquisa, e se comprometerá a assegurar o sigilo absoluto quanto à sua identidade. Caso persista algum indício de constrangimento e/ou impaciência por parte do convidado, a ação será imediatamente suspensa. Caso desistam de participar em qualquer etapa da pesquisa, até mesmo após a assinatura do TCLE, não serão penalizados, expostos a qualquer tipo de prejuízo pessoal ou profissional. Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, prevê-se procedimentos que assegurem os princípios de confidencialidade, privacidade, proteção, garantindo-se, desta forma, a não utilização das informações que possam trazer algum prejuízo as pessoas envolvidas. Pesquisadores e instituições envolvidas são responsáveis pela assistência integral aos participantes quanto a riscos e danos. Diante a ocorrência de qualquer tipo de dano consequente da pesquisa, o participante será indenizado, por parte do pesquisador nas diferentes fases da pesquisa. Diante a percepção de qualquer risco ou danos significativos, os mesmos serão comunicados ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, bem como, será avaliada a necessidade de adequar ou suspender o estudo.

Benefícios:

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.719.713

A realização desse estudo trará vários benefícios científicos e sociais, ao permitir a profissionais e estudantes o acesso aos resultados, dando continuidade ao trabalho de políticas públicas ao estudar o tema e disponibilizar novos conhecimentos, incentivando o desenvolvimento de novos estudos e gerando novas discussões. Igualmente, poderá contribuir com a melhoria da qualidade da assistência ao apontar pontos a serem trabalhados visando a segurança do paciente na AB, podendo impactar diretamente no risco de danos desnecessários, bem como fornecer uma ferramenta de trabalho validada cientificamente que norteie a assistência primária. Os resultados serão publicados e assim poderão ser acessados por outros profissionais, podendo incentivar novos estudos na temática, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada à população ao trazer a luz os maiores desafios e problemáticas frente a segurança do paciente, bem como fornecer uma ferramenta de trabalho validada cientificamente que norteie a assistência primária no município em questão e para a análise comparada a partir de outros estudos realizados em diferentes regiões brasileiras."

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de Emenda E1 ao projeto de pesquisa de doutorado de Ana Luiza Rodrigues Inácio, sob orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, aprovado por este CEP - Parecer Consubstanciado No. 3.498.447.

Trata-se de um "estudo descritivo, com pesquisa de campo e abordagem metodológica mista – quantitativa e qualitativa", com objetivo geral: "analisar a percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde acerca da cultura de segurança da paciente no município de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil". A pesquisa prevê um tamanho amostral de 288 profissionais de saúde da atenção primária.

A presente emenda solicita alteração da proposta de coleta de dados em decorrência da pandemia: "Nesse contato, diante a inviabilidade ou recusa da coleta de dados presencial, será ofertado o envio do instrumento online, com disponibilidade do link por e-mail ou aplicativo de comunicação (whatsapp) para os responsáveis pelas equipes que deverão dispor para os demais funcionários. O formulário será criado via plataforma Google formulários, que permite a inclusão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma que o participante da pesquisa somente poderá responder as perguntas caso assinale que concorda com as informações apresentadas no termo. As entrevistas também poderão ser realizadas com o uso da tecnologia, diante da recusa ou inviabilidade de entrevista presencial, sendo que para a participação, é necessária a assinatura do "Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa", que

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.719.713

também será disponibilizado de forma física ou online e diante o consentimento, será agendada a realização das entrevistas presenciais ou com o uso de ferramenta de comunicação para chats e chamadas online". Cronograma prevê início da etapa de coleta de dados nas comunidades de 15/03/2021 a 18/07/2021.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

1. Informações Básicas do Projeto: "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1336231.pdf", postado em 29/04/2021.
2. Carta de respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 4.644.241, e não ao parecer Consubstanciado No. 4.510.027: "carta\_resposta\_as\_pendenciasabril.doc", postado em 29/04/2021.
3. Cronograma: "cronogramaabril.doc", postado em 29/04/2021.
4. Projeto Detalhado: "novo\_projeto\_de\_pesquisaabril.docx", postado em 29/04/2021.
5. Modelo de "TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS": "TERMO\_DE\_CESSAO\_DE\_USO\_DE\_IMAGEM\_SOM\_DE\_VOZ.docx", postado em 25/01/2021.

**Recomendações:**

Não se aplicam.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 4.391.427 e 4.510.027:

1. Solicita-se anexar o Termo de cessão de uso de imagem e voz para fins acadêmicos e científicos a ser apresentado aos participantes de pesquisa. Modelo desse documento pode ser encontrado em <http://fs.unb.br/documentos-modelos>

RESPOSTA: documento anexado na Plataforma Brasil - "TERMO\_USO\_IMAGEM\_SOM".

ANÁLISE: O termo apresentado, "TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ

PARA FINS DE PESQUISA" não é o termo solicitado por este CEP. Reitera-se a solicitação de substituí-lo pelo "TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ PARA FINS ACADÊMICOS E CIENTÍFICOS" que deverá ser o termo a ser apresentado aos participantes de pesquisa. Modelo desse documento pode ser encontrado em <http://fs.unb.br/documentos-modelos>

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com)

Continuação do Parecer: 4.719.713

**PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA**

ANÁLISE: O documento "TERMO\_DE\_CESSAO\_DE\_USO\_DE\_IMAGEM\_SOM\_DE\_VOZ.docx", postado em 25/01/2021, foi apresentado. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

2. Solicita-se atualizar o cronograma prevendo o início da pesquisa para período posterior à aprovação pelo CEP. Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável aguardar a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa (Res. CNS 466/2012, item XI.2.a).

RESPOSTA: Atualização do cronograma conforme orientações, na Plataforma Brasil e em documento anexado "CRONOGRAMA\_NOVO\_EMENDA".

ANÁLISE: Constata-se a atualização da etapa de Coleta de Dados para março e abril de 2021 tanto no projeto da Plataforma Brasil quanto no documento "CRONOGRAMA\_NOVO\_EMENDA.docx", postado em 06/12/2020. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

Todas as pendências foram atendidas.

Não há óbices éticos para a realização do presente protocolo de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme Resolução CNS 510/2016, Art. 28, inc. V, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1336231.pdf	29/04/2021 16:58:00		Aceito
Outros	carta_resposta_as_pendenciasabril.doc	29/04/2021 16:56:41	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Cronograma	cronogramaabril.doc	29/04/2021 16:53:46	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	novo_projeto_de_pesquisaabril.docx	29/04/2021 16:52:30	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	30/01/2021 15:33:48	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMO_DE_CESSAO_DE_USO_DE_IMAGEM_SOM_DE_VOZ.docx	25/01/2021 15:44:18	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.719.713

Ausência	TERMO_DE_CESSAO_DE_USO_DE_I MAGEM_SOM_DE_VOZ.docx	25/01/2021 15:44:18	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Outros	carta_resposta_as_pendencias.doc	14/01/2021 21:50:18	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_saude_educacao_e tc.docx	14/01/2021 21:45:09	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTANTES_E_MAES.docx	14/01/2021 21:44:15	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsaveis_legais_estudentese tc.docx	14/01/2021 21:41:35	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARTEIRAS.docx	14/01/2021 21:41:06	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_assentimento_jovens.docx	07/10/2020 16:56:12	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_associacaoquilombola.docx	07/10/2020 16:55:29	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Outros	cartaencaminhprojeto_ao_CEPFS_julian a.docx	20/09/2020 10:57:08	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_nova.pdf	20/09/2020 10:55:30	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_E_ COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR RESPONSaVEL.doc	20/09/2020 10:53:16	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_de_responsabilidade_e_compromi sso_pesquisador_responsvael.pdf	20/09/2020 10:47:11	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Outros	5TERMO_DE_CONCORDANCIA_DE_I NSTITUIcao_COPARTICIPANTE_prefei tura.doc	20/09/2020 10:44:29	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Outros	5TERMO_DE_CONCORDANCIA_DE_I NSTITUIcao_COPARTICIPANTE_escol a_estadual.doc	20/09/2020 10:44:06	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DA_IN STITUIcao_PROPONENTE.doc	20/09/2020 10:42:29	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/09/2020 10:38:40	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.719.713

Outros	8cv_juliana_floriano.pdf	24/07/2020 09:34:26	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Outros	Curriculo_Marianna_Assuncao_Figueire do_Holanda.pdf	24/07/2020 09:33:07	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Outros	Curriculo_Rita_Laura_Segato.pdf	24/07/2020 09:32:09	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_instituicao_coparticipante_prefeit ura.pdf	24/07/2020 09:20:06	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Outros	termo_instituicao_coparticipante_escola. pdf	24/07/2020 09:19:01	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
Declaração de concordância	Termo_concordancia_instituicao_particip ante.pdf	24/07/2020 09:17:10	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleAQK.pdf	19/07/2019 10:50:11	Juliana Floriano Toledo Watson	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 18 de Maio de 2021

---

**Assinado por:  
Marie Togashi  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3107-1947

**E-mail:** cepfsunb@gmail.com