



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA
MESTRADO EM SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA (PPGSA)

DOMINGOS DO CARMO FERREIRA RIBEIRO

**“SÓ FALTA CHEGAR A HORA DO PUXO”: OS SABERES DAS PARTEIRAS
TRADICIONAIS EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA NA AMAZONIA
PARAENSE**

Linha de pesquisa: Religião e Saúde, Simbolismo e Poder

BELÉM - PA
2024

DOMINGOS DO CARMO FERREIRA RIBEIRO

**“SÓ FALTA CHEGAR A HORA DO PUXO”: OS SABERES DAS PARTEIRAS
TRADICIONAIS EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA E EXTRATIVISTA NA
AMAZONIA PARAENSE.**

Linha de pesquisa: Religião e Saúde, Simbolismo e Poder

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociologia e Antropologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Gonçalves de Carvalho

**BELÉM-PA
2024**

DOMINGOS DO CARMO FERREIRA RIBEIRO

**“SÓ FALTA CHEGAR A HORA DO PUXO”: OS SABERES DAS PARTEIRAS
TRADICIONAIS EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA E EXTRATIVISTA NA
AMAZONIA PARAENSE.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociologia e Antropologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Pará.

Aprovada em:

Banca examinadora

Profa. Dra. Luciana Gonçalves de Carvalho (PPGSA/UFPA)
Orientadora

Profa. Dra. Tania Guimarães Ribeiro (PPGSA/UFPA)
Examinadora interna

Profa. Dra. Mariana Balen Fernandes (PPGCS/UFRB)
Examinadora externa

Profa. Dra. Givania Maria da Silva (NEAB/UnB)
Examinadora externa

BELÉM-PA
2024

A todas as parteiras tradicionais da comunidade quilombola de Joana Peres, em especial à minha Tia Benedita Ferreira Costa, visto que foi a fonte de inspiração para realização da minha pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pelo dom da vida e sua proteção durante o período em que estive na universidade.

A minha família (esposa e filhos) pela compreensão e parceria, pois, o apoio de vocês foi imprescindível para que pudesse concluir o meu curso. Uma vez que, para um pai de família se ausentar por dois anos de sua casa, é um desafio, e isso, só se tornou possível porque vocês sonharam junto comigo por esta conquista. Por isso, agradeço a Deus pela família que tenho.

A prima Francielma e seu esposo André, por abrirem as portas de sua casa e me acolherem durante os dois primeiros períodos da faculdade. Além da acolhida, orientavam sobre a cidade e como pegar o ônibus certo para chegar à faculdade, pois não conhecia a capital e essas orientações foram fundamentais. Esse tipo de ação não tem como recompensá-la, apenas agradecer e pedir a Deus que os abençoe.

A minha cunhada Edina, seu esposo Délio e meus sobrinhos Daniel e Débora, por cederem o apartamento da família durante dois períodos do mestrado, um momento que considero crucial, haja vista que, até uma semana antes do curso não tinha um lugar certo para ficar em Belém. Por ser um lugar tranquilo, pude avançar bastante em minha pesquisa. Por esta razão, agradeço imensamente esta família.

A minha orientadora Dra. Luciana Gonçalves de Carvalho, por cada palavra de incentivo e pelo seu profissionalismo. Confesso que tenho dificuldade de escrever, no entanto, as suas orientações levaram-me a melhorar a minha escrita a cada dia, e como pessoa ela me deixou impressionado com a sua humildade e militância pela classe mais excluída da sociedade. Agradeço-lhe por cada sugestão e parceria, respondendo minhas mensagens mesmo estando de viagem ou participando de eventos. Sou grato a Deus pela oportunidade de ter lhe conhecido.

Ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia – PPGSA, na pessoa de sua coordenação Profa. Dra. Tânia Ribeiro e Profa. Dra. Telma Amaral, pela oportunidade de cursar em uma das maiores universidades do país e a maior do norte, e no decorrer do curso conheci professores especiais que me ajudaram no meu desenvolvimento intelectual e profissional, a todos a minha eterna gratidão.

Por fim, agradecer a minha comunidade quilombola de Joana Peres: a Associação Quilombola e Extrativista da Comunidade Vila de Joana Peres – AQUIPE, sua coordenação (Manoel Machado, Vera Lucia, Michel Ribeiro e Natiel Ribeiro Lopes) e todos os participantes desta pesquisa em especial as parceiras Ana Laura e Benedita Ferreira Costa,

bem com as lideranças comunitárias, meu tio Dirço Ferreira Viana e meu pai Heráclito Ribeiro de Cristo, a todos minha eterna gratidão.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASSORIANORTE – Associação de Moradores e Mini-Produtores Rurais da Reserva Extrativista Ipaú-Anilzinho do Polo Norte das Comunidades Vila De Joana Peres e Xininga

BR – Rodovia Federal

CNESNet – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

Coren-PI – Conselho Regional de Enfermagem do Piauí

Cremerj – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

DOU – Diário Oficial da União

DOU – Diário Oficial da União

EACS – Equipe de Agentes Comunitários de Saúde

EFT – Estrada de Ferro do Tocantins

FCP – Fundação Cultural Palmares

FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis

ICMBio - Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade

Incrá – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

IPHAN – Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional

Iterpa – Instituto de Terras do Pará

MPC – Marcha do Parto em Casa

MS – Ministério da Saúde

ONGs – Organização da Sociedade Civil

PHPN – o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PL - Projeto de Lei

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PS – Posto de Saúde

PSB – Partido Socialista Brasileiro

PTPT – Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais

Rehuna – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

Resex – Reserva Extrativista

SOME – Sistema Modular de Ensino

STF - Superior Tribunal Federal

Sucam – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UC – Unidade de Conservação

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

USF – Unidade de Saúde da Família

USP – Universidade de São Paulo

RESUMO

Neste estudo discuto aspectos do ato de partejar realizado pelas parteiras tradicionais na comunidade quilombola e extrativista da Vila de Joana Peres, no município de Baião, estado do Pará. Mulheres como elas foram, até o final do século XIX, as responsáveis diretas pelos cuidados da mãe e do bebê durante a gestação, parto e pós-parto. Com a institucionalização e a medicalização do parto no Brasil, porém, as parteiras tradicionais foram perdendo o protagonismo nesses cuidados por não deterem saberes baseados na ciência ocidental (biomédica). Deste modo, foram desautorizadas a exercerem os seus ofícios e paulatinamente substituídas – inicialmente, por parteiras diplomadas, e depois por médicos e obstetras. Nas comunidades tradicionais e nos lugares mais distantes dos centros urbanos, contudo, parteiras tradicionais continuam resistindo. Na observação participante por entrevistas propõe-se uma abordagem qualitativa com o objetivo de narrar trajetórias e experiências das parteiras tradicionais na comunidade, com foco em seus saberes e fazeres relativos aos cuidados da gestação, do parto e do pós-parto. Os resultados indicam que os conhecimentos empíricos das parteiras tradicionais da comunidade quilombola de Joana Peres fazem parte da cultura local e estão associados a práticas de saúde que vão além do parto. Mostram, ainda, que, embora sejam menos numerosas que no passado, as parteiras não são menos importantes na atualidade. No entanto, elas necessitam de motivação e valorização, assim como de implementação de políticas públicas de Estado que sejam capazes de reparar a marginalização imposta a elas.

Palavras-chaves: Parteiras tradicionais, saberes ancestrais, quilombos.

ABSTRACT

In this study I discuss aspects of the act of midwifery performed by traditional midwives in the quilombola and extractivist community of Vila de Joana Peres, in the municipality of Baião, state of Pará. Until the end of the 19th century, women like them were directly responsible for the care of mothers and babies during pregnancy, childbirth and the postpartum period. With the institutionalization and medicalization of childbirth in Brazil, however, traditional midwives lost their leading role in this care because they did not have knowledge based on Western (biomedical) science. As a result, they were disallowed to practice their craft and were gradually replaced - initially by certified midwives, and later by doctors and obstetricians. In traditional communities and in places far from urban centers, however, traditional midwives continue to resist. Participant observation through interviews proposes a qualitative approach with the aim of narrating the trajectories and experiences of traditional midwives in the community, focusing on their knowledge and practices relating to pregnancy, childbirth and postpartum care. The results indicate that the empirical knowledge of the traditional midwives in the quilombola community of Joana Peres is part of the local culture and is associated with health practices that go beyond childbirth. They also show that, although there are fewer of them than in the past, midwives are no less important today. However, they need motivation and appreciation, as well as the implementation of state public policies that are capable of repairing the marginalization imposed on them.

Keywords: Traditional midwives, ancestral knowledge, quilombos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Marcha pelo Parto Humanizado	38
Figura 2: Marcha pelo parto humanizado	39
Figura 3: Mapa da área pesquisada	46
Figura 4: Cicatriz nas costas de Dona Maria Domingas Viana	50
Figura 5: Ilha Mariana, refúgio dos joanaperenses	51
Figura 6: Localização da Resex de Ipaú-Anilzinho e as comunidades tradicionais pertencentes à UC, no município de Baião, PA	55
Figura 7: Assembleia que aprovou o pedido de certificação da comunidade de Joana Peres como remanescente de quilombola	56
Figura 8: Casas da Vila de Joana Peres, em 1994	58
Figura 9: Segunda Rua da comunidade quilombola de Joana Peres	59
Figura 10 – Festa dançante da última noite da comemoração do aniversário de 241 anos da Vila quilombola de Joana Peres	62
Figura 11: Posto de saúde da comunidade quilombola da Vila de Joana Peres	66
Figura 12 - Atendimento ofertado pela (EACS) de Joana Peres	68
Figura 13– Benedita Ferreira Costa	71
Figura 14 – carteira de identificação de Benedita Ferreira Costa	74
Figura 15 – Ana Laura Dias Vieira	75

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO E A MARGINALIZAÇÃO DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS.....	23
2.1 A medicalização do parto: uma visão geral	23
2.2 A institucionalização do parto no Brasil.....	27
2.3 A emergência de perspectivas de humanização do parto e do nascimento.....	31
2.4 Movimentos pela humanização do parto no Brasil.....	35
2.5 Iniciativas das e para as parteiras tradicionais	40
3 A VILA DE JOANA PERES, LÓCUS DESTA PESQUISA	45
3.1 Formação e história da Vila de Joana Peres.....	47
3.1.1 O aquilombamento	47
3.1.2 A luta contra os indígenas	48
3.1.3 A luta contra o latifúndio	51
3.1.4 A criação da Reserva Extrativista Ipaú-Anilzinho.....	53
3.1.5 O reconhecimento da comunidade como remanescente de quilombo	55
3.2 Cotidiano e saúde na Vila de Joana Peres.....	57
3.2.1 Visão geral da comunidade	57
3.2.2 O contexto da saúde na Vila de Joana Peres	63
4 AS PARTEIRAS E OS PARTOS EM JOANA PERES: SABERES ANCESTRAIS EM TEMPOS ATUAIS.....	69
4.1 As parteiras em exercício em Joana Peres	70
4.2 Saberes ancestrais em ação	77
4.2.1 Gestação	77
4.2.2 Parto	82
4.2.3 Pós-parto.....	88
4.3 Desafios para o exercício de partejar	90
4.4 O que ensinam as parteiras de Joana Peres	92
4.5 O racismo como pano de fundo para a violência obstétrica contra as mulheres negras	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	105

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, até o início do século XIX, eram as parteiras tradicionais as únicas responsáveis pelo ato de partejar e cuidar das mulheres e dos bebês. No entanto, com a implantação das escolas de medicina no Rio de Janeiro (1808) e na Bahia (em 1808, tornando-se Faculdade de Medicina em 1832), foram criados cursos de formação nesse ofício. As parteiras tradicionais brasileiras, contudo, não puderam participar deles, devido às exigências impostas pelas escolas. Por exemplo, as futuras alunas deveriam saber ler, falar bem a língua portuguesa e o idioma francês (BATISTA, 2016, p. 45).

Nesse contexto, parteiras francesas foram trazidas pela família real para atuarem no Brasil, e as parteiras tradicionais foram impedidas de assistir partos nos hospitais e domicílios, principalmente nas cidades. Os partos ficaram sob a responsabilidade das parteiras diplomadas, formadas num curso de dois anos oferecido pela Escola de Medicina no Rio de Janeiro, na década de 1890. Nos casos mais graves, os procedimentos de parto passaram a ter a intervenção do médico obstetra (CURY; BAPTISTA, 2017, p. 128).

Diante das profundas transformações que afetaram a atuação das parteiras tradicionais ao longo dos séculos XIX e XX, narradas por Batista (2016), o próprio ato de partejar no Brasil foi, paulatinamente, sendo substituído pela ação médica, e, conseqüentemente, aquelas mulheres foram perdendo o seu protagonismo. A institucionalização e a multiplicação dos cursos de Medicina e Enfermagem contribuíram para essa mudança, assim como a formulação de medidas sanitárias e leis visando à higienização e à abolição de atividades que, embora tradicionais, foram criminalizadas e classificadas como prática ilegal da medicina e charlatanismo. Dessa maneira, como aponta Batista (2016, p. 45), operacionalizou-se na sociedade brasileira uma progressiva desautorização das parteiras em incisivos esforços para atender às legislações de proibição ao atendimento de mulheres e parturientes”.

Nas comunidades rurais e nas camadas mais pobres das zonas urbanas, porém, as parteiras tradicionais nunca deixaram de atuar. Segundo Cardoso (2012, p. 47), os conhecimentos dessas mulheres têm garantido oportunidades para que muitas outras, em situação de vulnerabilidade, sejam atendidas em suas necessidades. Essas parteiras produzem uma medicina sem custo e de fácil acesso, que se constitui como alternativa de assistência ao parto e à saúde da mulher das camadas menos favorecidas, das quais elas mesmas fazem parte.

Com efeito, as parteiras tradicionais são mulheres humildes, residentes em comunidades tradicionais (indígenas, quilombolas, ribeirinhas ou reservas extrativistas), em

sua maioria, com pouca escolaridade (CRUZ 2019, p. 117). São mães, donas de casa, geralmente trabalham em diversas atividades para garantir o sustento da família, aposentadas ou agentes de saúde. Seus conhecimentos são adquiridos na prática, no convívio social, (família, parentes próximos, ou conhecidos) por meio da observação, graças à curiosidade pessoal ou a uma circunstância que a leve a exercer o ofício (CRUZ 2019, p. 151).

Como expõem Nascimento et al. (2009, p. 320), “parteiras fazem mais do que partos, são conselheiras, curadoras da família e dos necessitados. Pessoas que detêm conhecimento essencial na sobrevivência de suas comunidades”. Nesse sentido, elas não assistem apenas os partos, realizam a puxação de barriga, isto é, um tipo de massagem na barriga da grávida, que ajuda na formação do feto ou a colocar a criança no devido lugar, quando está mal posicionada no ventre. Muitas também fazem benzeção, cada qual seguindo um rito próprio, uma maneira singular de benzer (NOGUEIRA et al., 2012). Puxam desmentidoras, isto é, tratam distensões musculares e receitam remédios caseiros à base de plantas, sementes, raízes e folhas, cultivadas em casa ou nativas das florestas. Em suma, cuidam integralmente das mães e dos bebês.

Ademais, as parteiras tradicionais constroem relações de afeto e proximidade com suas pacientes. Exercer essa função é um ato de amor e, em sua maioria, as parteiras atribuem-na a um dom divino. A respeito desse dom, baseado em uma série de relatos biográficos de pajés, benzedores, puxadores e parteiras do Baixo Amazonas, o antropólogo Florêncio Vaz Filho (2016) explica que ele “é uma predisposição sobrenatural que apenas algumas pessoas trazem do ventre materno (por isso se diz dom de nascença) [...]. O dom demonstra seus indícios e é reconhecido socialmente [,] é algo profundo e determinante para a vida e a identidade do escolhido [,] a condição fundamental para o aprendizado e o exercício da pajelança” (VAZ FILHO, 2016, p. 14).

Em geral, as parteiras tradicionais também realizam seu trabalho como dádiva. Não recebem salários, e as pessoas que atendem não têm grande poder aquisitivo; constantemente, sua recompensa é uma quantia simbólica em dinheiro, um animal doméstico (galinha, pato etc.) ou um serviço voluntário. Mesmo assim, elas realizam cuidados de parto e pós-parto, (lavagem de roupa e dando atenção à mãe e ao bebê por vários dias).

De acordo com Melo et. al. (2013), essas mulheres, que tiram seu sustento de outras ocupações, comungam da mesma realidade sociocultural das mulheres assistidas e costumam considerar seu ofício de parteira como mais uma de suas atribuições. Desse modo, fazem-no por solidariedade e para suprir uma necessidade da comunidade onde vivem. Nesse cenário, a sua formação e a sua atuação desenvolvem-se na prática, na experiência cotidiana,

condicionada pela necessidade e pela empatia entre as mulheres, ou pelo que Vilma Piedade (2017) chama de dororidade – conceito que elaborou a partir da constatação da insuficiência da ideia de sororidade para definir as experiências de mulheres pretas.

Foi a partir dessa percepção que pensei em outra direção, num novo conceito que, apesar de muito novo, já carrega um fardo antigo, velho conhecido das mulheres: a Dor - mas, neste caso, especificamente, a dor que só pode ser sentida a depender da cor da pele. Quanto mais preta, mais racismo, mais dor (PIEADADE, 2017, p. 17)

O Estado brasileiro reconhece que a parteira tradicional, indígena ou quilombola, presta assistência ao parto domiciliar na sua comunidade, servindo-se de suas aptidões adquiridas com outras parteiras e realizando partos por conta própria (SUS, 2010). Segundo informações do próprio Ministério da Saúde (2010, p. 14), “a grande maioria das parteiras não recebe nenhuma capacitação, não dispõe de materiais básicos para a assistência ao parto domiciliar e não é remunerada pelo seu trabalho”.

Nas últimas décadas, incentivado pelos movimentos de humanização do parto normal, que questionam e criticam os altos índices de cesarianas e mortalidade materna e neonatal no país, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo políticas para integrá-las no Sistema Único de Saúde (SUS). Tem defendido, também, a regulamentação da profissão de doula¹, por considerar que, além dos seus conhecimentos, essas mulheres, assim como as parteiras tradicionais, são capazes de desenvolver relações de proximidade e confiança com as parturientes, imprescindíveis para um bom parto normal sem complicações (PAES; LEUCHTENBERGER 2018, p. 9).

Entre as principais iniciativas do governo federal para inclusão das parteiras no sistema oficial de saúde, destaca-se o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT), realizado de 2000 a 2010, com intuito de qualificar, valorizar e potencializar as atividades de atenção primária em saúde. Nesse programa, até 2010, foram capacitadas, aproximadamente, 1.755 parteiras tradicionais, nos seguintes estados: Acre, Amapá, Amazonas, Alagoas, Bahia, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Roraima e São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A Rede Cegonha, criada em 2011 e reativada em 2023, é outra política executada pelo governo federal, junto com os governos municipais e estaduais, visando à melhoria dos serviços de saúde prestados à mulher e ao bebê, com foco na atenção ao parto, ao nascimento,

¹ Doula é uma palavra grega que se refere a uma mulher experiente que ajuda outras mulheres. A palavra passou a significar uma mulher experiente em nascimento, que fornece suporte físico, emocional e de informação contínuo à mulher antes, durante e logo após o nascimento (DOMINGUES, 2002, p. 73). A proposta de regulamentação da profissão de doula consta no Projeto de Lei nº 3.946/2021, de autoria da senadora Mailza Gomes (PP/AC).

ao crescimento e ao desenvolvimento da criança. O Ministério da Saúde (2023) assume inspirar-se no trabalho das parteiras tradicionais e prevê ações para integrar essas mulheres na rede e em suas estratégias de saúde comunitária (GIOVANNI, 2013).

Entre as referidas ações, destacam-se: o cadastramento e a vinculação das parteiras tradicionais com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (GIOVANNI, 2013); o financiamento de kits (bolsa, balança de tração com gancho para pesar o bebê, tesouras retas inox, guarda-chuva ou capa de chuva, bacia de alumínio, fita métrica, luvas cirúrgicas ou de procedimento para parteiras tradicionais (MS, 2010); a criação de protocolos e linhas de cuidados; e a publicação de manuais, normas técnicas, guia e outros materiais como o *Livro da parteira tradicional*, lançado em 2012, com informações didáticas sobre gestação, saúde da mulher e do bebê, transcurso do parto e situações em que é necessário buscar suporte médico hospitalar (MS, 2023).

Nas políticas públicas dirigidas a parteiras tradicionais, sobressai a participação de mulheres negras, quilombolas, indígenas, pobres e dotadas de pouco estudo formal. Na própria divulgação da reativação da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde (2023) destaca a atuação dessas mulheres “nas comunidades quilombolas, indígenas, ribeirinhas e localidades isoladas”. No mesmo sentido, comentando uma oficina de capacitação do PTPT, realizada com 41 parteiras tradicionais no estado de Tocantins, entre 2010 e 2014, Gusman et al. (2015) assinalaram que 39 eram indígenas.

Apesar de iniciativas como as citadas, as parteiras tradicionais não foram efetivamente integradas. Elas relatam que, mesmo após passarem pelas atividades de capacitação e receberem os kits de parto para melhorar seu atendimento, não foram vinculadas às UBS e absorvidas no SUS, como era proposto. Não houve mudanças em relação à valorização ou remuneração de seu trabalho – o que é uma das principais reivindicações das formandas do PTPT (GUSMAN et al., 2015) –, pois continuaram exercendo suas práticas de forma voluntária ou mediante algumas recompensas das famílias das parturientes. Enfim, o exercício do ofício de parteira, depois da participação nas ações propostas pelas políticas públicas, não promoveu melhoria na renda dessas mulheres. Além disso, elas continuam sofrendo preconceitos, seja por serem negras ou indígenas, seja por não possuírem um diploma que ateste um saber formal.

Diante do exposto, questiono: o que impede que os ofícios das parteiras tradicionais sejam devidamente reconhecidos pelo poder público e incorporados no sistema oficial de saúde? Segundo Galvão et al. (2019), uma das respostas a essa questão é que se trata de ofícios estereotipados, historicamente a mulheres negras, indígenas, pobres, idosas,

analfabetas, leigas e curiosas. Esses adjetivos contribuíram para a desvalorização do saber acumulado pelas parteiras tradicionais, demarcando sua distância em relação ao que a ciência moderna legitima.

Galvão et al. (2019, p. 33) enfatizam, ainda, que “a parteira tem cor e as parteiras que não tiveram reconhecimento do seu ofício, não recebem recurso do Estado pelo trabalho que desenvolvem. São mulheres negras ou indígenas, que também vivenciam os problemas de suas comunidades”. Talvez, por isso, diversas mulheres indígenas, quilombolas, ribeirinhas e de outras comunidades tradicionais, bem como de grupos de baixa renda, mesmo quando podem ter acesso aos atendimentos prestados no âmbito do SUS, preferem dar à luz com auxílio de parteiras.

Nas comunidades tradicionais do Pará, é notório que os conhecimentos das parteiras tradicionais continuam sendo utilizados por inúmeras mulheres. Assim sendo, esta pesquisa busca compreender, por que, essas mulheres optam pelo parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais, mesmo que tenham acesso ao SUS e recebam acompanhamento médico durante a gestação.

Para realizar esta investigação, toma-se como objeto empírico as experiências e percepções de mulheres da Comunidade Quilombola e Extrativista da Vila de Joana Peres, localizada no município de Baião. A hipótese que a norteia é de que essas mulheres quilombolas se sentem mais acolhidas pelas parteiras tradicionais, quilombolas como elas próprias, e têm mais confiança nos conhecimentos, nas habilidades e nos cuidados oferecidos por elas que nos atendimentos disponibilizados no ambiente médico hospitalar.

O objetivo geral deste estudo é, portanto, é de narrar trajetórias e experiências das parteiras tradicionais na comunidade, com foco em seus saberes e fazeres relativos aos cuidados da gestação, do parto e do pós-parto. Seus objetivos específicos são: i) situar os ofícios das parteiras tradicionais no processo histórico de institucionalização dos cuidados relativos à gestação, ao parto e ao pós-parto no Brasil; ii) entender como as parteiras locais participam do contexto da saúde na comunidade; iii) descrever habilidades e saberes pelos quais as parteiras tradicionais são reconhecidas e valorizadas na comunidade, e que motivam as mulheres a recorrerem a elas para dar à luz seus filhos.

Desde já é importante explicitar que a proposição deste estudo está diretamente ligada à minha trajetória de vida. Logo, nas próximas linhas serão expostas as motivações pessoais e acadêmicas para realização desta pesquisa, bem como o itinerário nela percorrido, entre leituras, levantamento de dados e uma série de diálogos tecidos na Comunidade Quilombola e Extrativista da Vila de Joana Peres, nos anos de 2022 a 2024.

Nascido negro, quilombola, na própria comunidade estudada, fui criado distante da sede municipal de Baião. Meu pai e minha mãe tiveram cinco filhos, e todos os partos foram normais e realizados por parteiras locais. Nesse contexto, aprendemos com os nossos pais a respeitar as parteiras e a chamá-las de mãe. Ou seja, consideramos que temos duas mães, a biológica (que nos gerou no seu ventre) e a mãe parteira (aquela que nos ajudou a trazer a este mundo). Cresci nesse ambiente de admiração e respeito pelas parteiras tradicionais, e essas mulheres fazem parte da minha história de vida e da minha comunidade. A família de meus avós, meus pais, meus tios e meus irmãos, todos nós utilizamos os saberes e as práticas de parto domiciliar realizados pelas parteiras tradicionais.

No passado, na Vila de Joana Peres, assim como em tantas outras comunidades quilombolas que conheço, em Baião e na região do Tocantins, as mulheres gestantes não tinham acesso a médicos, ficando na incumbência das parteiras tradicionais realizar os partos e cuidar delas e de seus bebês (PINTO, 2012). Mesmo após a criação do SUS e a disponibilização de serviços médicos na comunidade, as gestações, partos e os períodos de pós-parto de muitas mulheres foram durante muito tempo, acompanhadas e cuidadas exclusivamente pelas parteiras tradicionais, desde as primeiras fases da gravidez. Apenas em casos de complicações, as parturientes eram levadas para Cametá ou Baião.

Desenvolver uma pesquisa sobre essa temática é um desafio, uma quebra de paradigma, uma vez que ela tem sido vista como sendo do interesse feminino, principalmente da área da saúde. De acordo com o levantamento que fiz no Google e no Google Acadêmico, entre artigos, dossiês, ensaios, dissertações e teses, mais de cem trabalhos foram publicados sobre o parto, a maioria deles produzidos por mulheres ligadas a escolas de medicina e enfermagem.

Entre os estudos encontrados na revisão bibliográfica, cito os: da historiadora Maria Lucia Mott (1999); da enfermeira Odaléa Santos (1998); de Elizabeth Nagahama e Silvia Santiago (2005), respectivamente, enfermeira e médica; da enfermeira Sheila Batista (2016); Taciane M. de Sousa. (2018); Costa (2022); das psicólogas Gabriela Natal e Barbara Sinibaldi (2021); da beletrista Joely Santiago (2022); da médica Carmem Diniz (2005); da historiadora Carmen Tornquist (2005); da sanitarista Zoraide Cruz (2019) e de Sandra C. Silva (2017). Encontrei apenas um trabalho feito por um homem, à tese do médico Marcos Augusto Dias (2006), defendida no Instituto Fernandes Figueira, que abordou a questão da humanização do parto.

Em se tratando de estudos sobre partos realizados por parteiras tradicionais, nem uma das pesquisas encontradas na busca bibliográfica foi realizada exclusivamente por homens. Em raros casos, em trabalhos com três ou mais autores, aparece uma participação masculina.

Comecei esta pesquisa consciente de que poderia haver restrições quanto às informações que pretendia obter com as parteiras e as mulheres atendidas por elas, devido ao fato de ser do sexo oposto. Cheguei a cogitar uma mudança de objeto de estudo, até. Por outro lado, antes de desistir de estudar o assunto que, nutri a esperança de que, justamente por ser homem, pudesse alcançar algumas conquistas na pesquisa, caso elas achassem necessário detalhar as informações para mim, sabendo que não sou capaz de vivenciar e compreender o processo do parto como uma mulher.

Em contrapartida, desde criança eu ouço as histórias contadas por nossos ancestrais e presencio, em diferentes momentos, toda a dedicação das parteiras aos seus trabalhos, em solidariedade a outras mulheres que necessitam de seus atendimentos. Sensibiliza-me muito ver que, apesar de suas contribuições inestimáveis à sociedade, as parteiras ainda vivem em situação de vulnerabilidade. Senti-me, assim, muito motivado para realizar esta pesquisa e segui adiante.

Nesta fase de conclusão da pesquisa, percebi que em relação às parteiras locais obtive vantagem nas explicações sobre os procedimentos da gestação, parto e pós-parto. No entanto, as mulheres mais novas entrevistadas, sentiram que ficaram um pouco constrangidas para falar do assunto, principalmente as mais novas. Houve um caso em que não foi possível realizar a entrevista, uma vez que, ao chegar a casa para marcar, foi atendido pelo esposo da mulher que seria a minha entrevistada, falei com ele e também do que se tratava, e ele respondeu que sua esposa estava muito ocupada naquele dia, mas que iria falar com ela e agendar um dia.

Passado uns dias encontrei com ele e perguntei, e aí, vamos marcar a entrevista? Ele olhou e sorriu, mas não disse nada. Passado mais alguns dias, lembrei-me da entrevista pendente, como tinha o WhatsApp dele, mandei mensagem, e perguntei, e aí vamos marcar a entrevista? Ele respondeu, olha tio Carmo (como comumente sou chamado na minha comunidade) ela não quer realizar a entrevista, então disse, mas por quê? Expliquei que seria importante, pois ela fazia parte dos grupos de mulheres que tiveram filhos recentemente, parto normal em casa assistido por parteiras e que eram perguntas simples, em fim, não realizei a entrevista. Então, percebi que o marido ficou com ciúmes da esposa ou supostamente ela ficou constrangida para dar entrevista. Portanto, essas foram algumas restrições enfrentadas durante a pesquisa de campo por ser do sexo oposto.

O fato de ser quilombola e residir na comunidade foi mais decisivo para a pesquisa do que o fato de ser homem. Minha condição de nativo facilitou o acesso aos interlocutores da pesquisa, e conversar com eles foi uma tarefa relativamente simples. Então, servi-me dessa familiaridade e do prolongado convívio que já tinha na comunidade de Joana Peres para abordar as pessoas e fazer-lhes perguntas com o intuito de produzir esta dissertação de mestrado.

Nesse cenário, este estudo também foi motivado pelo desejo de contribuir cientificamente com as pesquisas sobre práticas relacionadas à gestação, parto e pós-parto desenvolvidas por parteiras tradicionais em comunidades quilombolas na Amazônia paraense. Um importante estímulo para esta proposta vem das reflexões de Benedita Celeste de Moraes Pinto, pesquisadora da Universidade Federal do Pará e coordenadora do Centro de Pesquisa do Campus Universitário do Tocantins - UFPA/Cametá, líder dos grupos de pesquisa Quilombolas e mocambeiras: história da resistência negra na Amazônia (GPQ UIMOHRENA) e História, educação e linguagem na região amazônica (GPHELRA). De acordo com esta pesquisadora, é “possível se imaginar a invisibilidade em que se encontram nos sótãos escuros da história práticas e experiências de mulheres negras que se dedicavam ao ato de curar, de ajudar outras mulheres em suas doenças e, especialmente, no momento do parto” (PINTO, 2012, p. 206).

Schumacher e Brasil (2007) corroboram as alegações de Pinto (2012), ao afirmarem que as condições marginalizadas a que foram submetidas às africanas e crioulas, escravas ou livres, impediram que elas deixassem um expressivo legado de suas experiências sobre seus conhecimentos. Segundo esses autores, são poucos os registros oficiais sobre a vida dessas mulheres negras. No entanto, elas vêm atuando como protagonistas, nos lares, como lideranças comunitárias, chefiando famílias e, principalmente, cuidando de seu povo através de seus saberes ancestrais, utilizando a floresta como principal fonte de recursos na preparação de remédios (SANTOS; ALMEIDA; BRITO; SANTOS E MELO, 2017).

Especificamente na região do Tocantins, onde minha pesquisa se desenvolveu, os conhecimentos das mulheres quilombolas têm despertado interesses recentes, tendo em vista que há pouco registro sistematizado sobre elas. Pinto (2012, p. 206) assinala, que nessa região, “até à década de 90, raras referências que existiam a respeito da mulher negra se resumiam em breves parágrafos ou frases, evidenciando apenas a chefia feminina em quilombos”. Logo, há necessidade de realização e aprimoramento de pesquisas voltada às vivências e à ancestralidade dessas mulheres.

Outro estímulo à pesquisa veio do fato de que, atualmente, tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei (PL) nº 912/2019 do deputado Camilo Capiberibe (PSB-AP), que regulamenta a profissão das parteiras tradicionais e destina a essas mulheres o pagamento de um salário-mínimo pelo Ministério da Saúde, desde que elas passem por qualificações recomendadas. Além disso, o PL prevê que o SUS fornecerá a elas todos os equipamentos, os instrumentos cirúrgicos e os materiais de consumo adequados necessários à prestação de seus serviços. Apenas em caso de risco no parto, o projeto recomenda o encaminhamento para avaliação médica (AGÊNCIA BRASIL, 2020).

De acordo com reportagem publicada no site da Agência Brasil (2020), que trata do referido PL, estima-se que existam mais de 60 mil parteiras no Brasil, sendo 45 mil nas regiões Norte e Nordeste. Desse contingente, 6 mil estariam no Pará. Embora esses dados não sejam confirmados pelo Ministério da Saúde (2010), por dificuldades cadastrais, são relevantes para mostrar o quanto o trabalho das parteiras ainda é imprescindível.

Assim sendo, na dimensão social, este estudo propõe dar visibilidade às parteiras tradicionais da Vila de Joana Peres, bem como contribuir para o reconhecimento e valorização desses saberes. Propõe-se, assim, deixar claro que, durante muito tempo, por falta de acesso aos hospitais, ausência de profissionais do SUS e situações diversas, eram elas que cuidavam das mulheres e das crianças recém-nascidas (PINTO, 2019). Como narram Schumacher e Brasil (2007, p. 177), “eram elas que viajavam de casa em casa, aldeia em aldeia, atuando como médicas locais”. Acompanho, neste sentido, a visão de Galvão et al. (2019, p. 37), de que reconstruir a história do parto assistido por parteiras tradicionais proporciona uma ruptura nos paradigmas de silenciamento das memórias, enquanto promove registros desse patrimônio que resiste à colonialidade.

Isso é importante, uma vez que, diante dos avanços das ciências na área da medicina e ampliação do Sistema Único de Saúde, as parteiras tradicionais e seus conhecimentos vêm perdendo protagonismo. Logo, essas mulheres precisam ser valorizadas e reconhecidas, não somente com o Dia das Parteiras Tradicionais, instituído pela Lei nº 13.100/2015, e com as políticas criadas até hoje, envolvendo, sobretudo, parcerias e capacitações.

Elas precisam da garantia de remuneração pelo SUS e do direito a uma aposentadoria digna pelos seus trabalhos prestados à sociedade. Essa é uma dívida do Brasil com essas mulheres, por sua resistência e contribuição com o desenvolvimento do país. Não é justo valorizar os profissionais que possuem os conhecimentos formais e desprezar os que possuem os conhecimentos empíricos, sendo que muitas vezes, realizam os mesmos trabalhos.

Reconhecendo as imprescindíveis assistências dessas protagonistas, faz-se necessária uma reconstrução da realidade, de modo que suas histórias sejam recontadas e vistas de outra forma, e que elas sejam vistas como agentes de transformação social e cultural. Um novo olhar para as parteiras tradicionais é necessário, haja vista que ao longo de suas vidas elas foram desvalorizadas e atacadas por ideologias racistas e preconceituosas, impostas pelo mundo moderno e pós-moderno, principalmente pelas ideias iluministas hegemônicas que serviram de base para a colonização do Brasil.

Com os objetivos científicos e pessoais declarados, dediquei-me a uma pesquisa de abordagem qualitativa, inspirada na prática etnográfica e na observação participante, cujo precursor é o antropólogo polonês Bronislaw Malinowski (1978).

Malinowski, ao realizar pesquisas de doutoramento por vários anos nas Ilhas Trobriand (Nova Guiné), conviveu com os povos nativos, aprendendo suas línguas e culturas. Por fim, a publicação de seus estudos alterou radicalmente a forma antiga de desenvolver pesquisa antropológica. Até então, os modelos utilizados como observação eram mais breves e superficiais, visto que os pesquisadores passavam pouco tempo com seus informantes e dependiam de intérpretes bilíngues. A nova prática inaugurada por Malinowski, porém, permite que o cientista fique mais tempo em contato com os fenômenos estudados e com as pessoas neles envolvidas, observando suas conversas, compreendendo suas manifestações culturais, e principalmente se despidendo de uma visão etnocêntrica (MALINOWSKI, 1978, p. 13).

Em regra, segundo Chizzotti (2006), o estudo etnográfico, com suas particularidades, possibilita a descrição ou reconstrução cultural de grupos menores, documentando e especificando fenômenos singulares, com interesse de proporcionar a recriação de crenças, narrar suas vivências e objetos, evidenciando costumes, elucidando os significados e as convivências sociais entre os membros do grupo pesquisado. Ele requer do pesquisador maior envolvimento direto diante dos fenômenos que se busca identificar ou compreender, exigindo também interações com os sujeitos envolvidos naqueles fenômenos.

Esta pesquisa também se caracteriza como um estudo de caso, que, segundo Gil (2008, p. 58), se define como um tipo de estudo aprofundado e exaustivo de um ou poucos objetos, que permite o conhecimento amplo e detalhado do fenômeno investigado. Por conseguinte, Gil (2008, p. 58, apud YIN 2005, p. 32) afirma que este tipo de estudo busca investigar fenômenos de uma determinada realidade onde não está claramente definida: “o estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e

no qual são utilizadas várias fontes de evidência” (GIL, 2008, p. 58). Para este autor, o estudo de caso vem sendo utilizado frequentemente com diferentes propósitos:

a) explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos; b) descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação; e) explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos. (GIL, 2008, p. 58)

Nesta investigação, também me servi de entrevistas, que, segundo Haguette (2010, p.81), podem ser vistas como um processo social de interação entre duas pessoas: o pesquisador que busca obter informação, e o entrevistado, que pode atuar como um informante. Neste sentido, também lancei mão dos ensinamentos de Geertz (2008, p. 5), para quem “praticar a etnografia é estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, e assim por diante”.

As entrevistas realizadas na pesquisa foram semiestruturadas a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, o que me permitiu fazer as necessárias adaptações e interagir com meus interlocutores na construção do conhecimento, como é próprio das entrevistas compreensivas (OLIVEIRA, 2000). Além disso, foram registradas histórias orais e narrativas biográficas.

Para entender o contexto de acesso e práticas de saúde na comunidade, foram colhidos depoimentos de dois líderes comunitários, duas profissionais que trabalham no posto de saúde da vila e do primeiro servidor contratado pela Secretaria de Saúde do município de Baião para atuar na comunidade, atualmente aposentado. Para conhecer as experiências e percepções de mulheres sobre o trabalho das parteiras, foram delimitados dois grupos compostos por mães de diferentes idades: um deles, formado por 10 mães com mais de 60 anos, que viveram realidades diferentes das atuais e puderam recordar experiências do passado, além de informar sobre as antigas parteiras tradicionais da comunidade; e o outro, formado por 10 mães mais novas, que fazem parte da clientela das parteiras atuais.

A seleção das pessoas entrevistadas procurou atingir uma variedade de pontos de vista, portanto. Por um lado, o foco nas pessoas mais idosas da comunidade, que nasceram e cresceram na vila, se justifica pela necessidade de conhecer experiências distintas das atuais. Por outro lado, o foco nas filhas e clientes mais jovens das parteiras em atividade, que fazem parte do cotidiano dessas mulheres, permite entender seu papel na atualidade. Ainda, a atenção às antigas lideranças da comunidade se mostrou útil porque elas guardam informações históricas das organizações locais, que não estão registradas em produções

escritas. Por fim, a escuta dos servidores da saúde revelou suas percepções a respeito dos conhecimentos das parteiras tradicionais.

Todas as entrevistas foram gravadas em formato digital de áudio com auxílio de aparelho celular, e depois transcritas. A análise dos textos foi norteada pelas principais questões pontuadas no estudo: quais são os principais saberes e habilidades das parteiras tradicionais de Joana Peres? Como elas participam da oferta de saúde em sua comunidade? Como são reconhecidas em seu meio social? O que motiva as mulheres quilombolas a recorrerem a elas para dar à luz seus filhos, mesmo quando têm acesso ao sistema oficial de saúde?

Os resultados desta pesquisa indicam que os conhecimentos empíricos das parteiras tradicionais da comunidade quilombola de Joana Peres, permanece imprescindível no cuidado da saúde de seus comunitários, mesmo que não sejam na mesma proporção como nos tempos passado, mas uma parte das mulheres participante deste estudo demonstraram preferência pelo parto em casa assistido por elas. No entanto, precisam de incentivo e de políticas urgente de integração ao SUS e de valorização deste ofício, uma vez que, a nova geração não demonstra interesse em dar continuidade justamente pela não valorização do trabalho prestado. Portanto, estão organizados em 4 capítulos além deste capítulo introdutório.

O capítulo 2 apresenta um panorama do processo de institucionalização de práticas médicas hospitalares em torno do parto no Brasil. Ele relata como, a partir do século XIX, os cuidados com a gestação, o parto e o pós-parto, que até então ficavam a cargo de parteiras tradicionais, passaram a ser reservados a indivíduos formados em instituições de ensino formal, às quais as antigas parteiras não tinham acesso. Trata-se, portanto, de um processo de marginalização dos saberes e das práticas informais dessas mulheres, cuja atuação passa a ficar restrita às comunidades, às comunidades mais afastadas das cidades e menos atendidas pelo sistema oficial de saúde.

O capítulo 3 trata sobre a comunidade quilombola de Joana Peres (o lócus da pesquisa): sua localização, história e fundação, a disputa pela permanência no território envolvendo indígenas e fazendeiro. Discorre sobre a organização local e as principais contribuições das instituições locais para o fortalecimento da vida comunitária. Em seguida apresenta eventos culturais da comunidade, finalizando com uma abordagem sobre a saúde, fazendo um paralelo do passado e a estrutura atual.

Por fim o capítulo 4 versa sobre os saberes das parteiras tradicionais da comunidade quilombola de Joana Peres, acerca da gestação, parto e pós-parto, suas experiências e os principais desafios no exercício de seus ofícios. Traz relatos biográficos dessas mulheres e

informações de conversas informais com parturientes assistidas por elas e com lideranças da comunidade. O capítulo dá uma visão da atividade das parteiras atuantes e remete a memórias daquelas que não estão fisicamente entre nós.

2 A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO E A MARGINALIZAÇÃO DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS

Este capítulo aborda sumariamente as mudanças ocorridas na prática de partejar, realizada por parteiras tradicionais, antes e depois do processo de institucionalização e medicalização do parto, deflagrado no século XIX, no Brasil. Discorre, inicialmente, a respeito do processo que conferiu aos homens e ao Estado, no mundo ocidental, um crescente controle dos cuidados relativos ao nascimento. Em seguida, narra a criação das escolas de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, que, sob um paradigma europeizante, transformaram os saberes relativos ao parto em objeto de ensino formal e levaram à substituição das parteiras tradicionais por parteiras diplomadas, num primeiro momento, e por médicos cirurgiões obstetras recém-formados, em seguida.

Posteriormente, o texto aborda a emergência de uma perspectiva humanista e não medicalizada do parto, apoiada no princípio da valorização da autonomia, da liberdade e da dignidade da mulher. São apresentados, também, alguns movimentos surgidos nas últimas décadas, que têm como objetivo humanizar o parto no Brasil, garantindo às gestantes e aos bebês o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, do parto e do puerpério.

Por fim, o capítulo reflete sobre iniciativas que se referem, mais propriamente, às parteiras tradicionais, um segmento que, embora seja por vezes citado como inspiração para os movimentos precedentes, não chega a ser contemplado por eles em suas especificidades. É nesse segmento, das parteiras tradicionais, que se incluem as parteiras da comunidade quilombola da Vila de Joana Peres, envolvidas nesta pesquisa.

2.1 A medicalização do parto: uma visão geral

Os atos de partejar em domicílio, realizados por parteiras tradicionais ou leigas, são milenares, e os conhecimentos a eles associados ultrapassam o parto propriamente dito. As referidas parteiras geralmente acumulavam diferentes saberes e técnicas que, durante séculos, foram os únicos disponíveis e usados para atender as necessidades básicas em suas

comunidades. Suas habilidades, geralmente, eram adquiridas no seio familiar ou transmitidas por parentes próximos, em seus espaços sociais, através da observação e da instrução oral.

Paes e Leuchtenberger (2018, p. 8) afirmam que “a assistência ao parto, historicamente, era reservada às mulheres, realizada por parteiras experientes e cujo saber havia sido construído pelas gerações anteriores e transmitido através da oralidade”. Para as autoras, a parteira constrói uma relação de compromisso e intimidade com a gestante/parturiente, criando afetos e vínculos de confiança que, durante o processo do parto, têm um valor terapêutico tão importante quanto os chás e as massagens que receitam (PAES; LEUCHTENBERGER, 2018). Em outras palavras, a proximidade entre parteira e parturiente criava um ambiente amistoso e acolhedor para o parto, com valiosas funções terapêuticas. Nagahama e Santiago (2005, p. 655) relatam, então:

O partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres, exercida somente pelas curandeiras, parteiras ou comadres – mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade –, pois, em sua dedicação à atividade como um sacerdócio, eram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gravidez e o puerpério por experiência própria e eram encarregadas de confortar a parturiente com alimentos, bebidas e palavras agradáveis. Sendo assim, as mulheres preferiam a companhia das parteiras por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar os genitais.

A fé, as evocações, a intuição, a emoção e as sensações – as subjetividades, enfim – eram e são instrumentos da prática da parteira até hoje, mas são desconsideradas pela ciência hegemônica, que não reserva espaço para o que não está apoiado na racionalidade técnica dominante. Nagahama e Santiago (2005, p. 655) explicam que, no passado, “o atendimento ao nascimento era considerado atividade desvalorizada e, portanto, poderia ser deixado aos cuidados femininos, pois não estava à altura do cirurgião” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 655). Nesse sentido, a mediação do parto e o cuidado eram função exclusiva das mulheres.

Com as mudanças ocorridas após o aparecimento das escolas de medicina, o atendimento ao nascimento se tornou um campo de disputa entre homens. Ao tornar-se uma profissão alicerçada pela autoridade da linguagem técnica e da educação universitária, a prática da medicina transformou-se em atividade reservada aos homens, já que no século XIX e em grande parte do século XX apenas eles poderiam ter acesso à educação. Para Vieira (1999), as parteiras tradicionais ameaçavam o monopólio do saber dos médicos, e “embora a ‘caça às bruxas’ não tenha acabado com parteiras e curandeiras, conseguiu transformar sua prática em atividades suspeitas” (VIEIRA, 1999, p. 69).

Ehrenreich e English (2017) narram que os homens lutavam para retirar o poder e a autonomia das mulheres, e para deixá-las em posições subordinadas no que se refere à profissão:

A maior formação e inserção de médicos obstetras, a utilização de tecnologias chamadas profiláticas para o parto, mudança do local de parto para o hospital, a busca por partos com anestesia e o advento da cirurgia cesariana, foram moldando um novo modelo e paradigma de assistência (chegamos ao ponto absurdo onde o médico é que faz o parto através de uma intervenção cirúrgica; as obstetizas partem para auxiliar a mulher a dar à luz). Como consequência, na Europa, nos EUA ou no Brasil, o que aconteceu foi à exclusão de parteiras, obstetizas e enfermeiras obstétricas da assistência ao parto, pois não se encaixavam nesse modelo intervencionista. (EHRENREICH; ENGLISH 2017, p. 6).

De acordo com Diniz (1996, p. 110), quando as mulheres trabalhadoras da saúde foram combatidas, elas foram atacadas, de modo indissociável, como mulheres. Sacerdotisas de rituais cuja validade foi sendo abandonada com a hegemonia do projeto eurocêntrico, cristão, técnico-cientista e, evidentemente masculino, da modernidade, as mulheres foram tendo seus papéis nas cenas do parto transformados. De acordo com Carmen Susana Tornquist (2004, p. 73),

[...] toda sorte de especialistas de cura, populares e/ou familiares, como benzedoras, curandeiras e parteiras, foram perseguidas, desqualificadas e banidas desta arte, e, com elas, um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus próprios corpos, suas dinâmicas, seus produtos.

Em vista disso, Nagahama e Santiago (2005) afirmam que um dos fatores que contribuíram para a substituição das parteiras pelos médicos no mundo ocidental ocorreu na passagem do século XVI para o século XVII, com um avanço tecnológico na área da medicina. “No final do século 16” – informam – “a profissão de parteira sofreu declínio, a partir da utilização do fórceps obstétrico pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain” (NAGAHAMA; SANTIAGO 2005, p. 655). O uso dessa nova ferramenta, cujo objetivo era auxiliar em casos de partos mais complicados, exigia conhecimentos técnicos e habilidades que estavam sob os domínios dos médicos, homens.

O uso do fórceps obstétrico influenciou a aceitação da obstetrícia como uma disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, pois instaurou o conceito de que é possível comandar o nascimento e que o parto era perigoso, sendo imprescindível a presença de um médico. Pelo fato de as parteiras não terem condições econômicas de adquirir o fórceps, de serem incapazes de dominar novas técnicas por serem consideradas intelectualmente inferiores aos homens, aliado ao fato de não serem condizentes com o paradigma intervencionista médico, passaram a rejeitá-lo. Desta forma, o uso do fórceps permitiu a intervenção masculina e a substituição do paradigma não intervencionista pela ideia do parto como um ato controlado pelo homem. Além disso, a regulamentação da prática exigiu que as parteiras chamassem cirurgiões para assisti-las, como parte da estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura das doenças e, assim, legitimá-lo

por meio das Universidades criadas no Renascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 655).

De acordo com Foucault (2005), no final do século XVIII também surgiram novas técnicas de poder que foram essencialmente centradas no corpo individual e no controle da vida. O Estado moderno assumiu uma função oposta à do soberano, que exercia o direito de fazer morrer ou deixar viver. Nessa nova configuração de governo, classificado pelo autor como biopolítica, uma mistura de ciência com ações políticas governamentais, entre outras funções, tem como objetivo o controle da vida da população com o direito de fazer viver e deixar morrer, ou seja, o Estado tem interesse em interferir na saúde da população. Segundo o autor, a medicina como política de Estado tem a função, a partir de então, de cuidar da higiene pública por meio da coordenação dos médicos, da medicação da população, do controle da natalidade etc.

Duas tecnologias de poder são enfatizadas no século XVIII, sendo uma a “disciplinar, que é centrada no corpo, produz efeitos individuais, manipula o corpo como foco de força que é preciso tornar útil e dócil ao mesmo tempo” (FOUCAULT 2005, p. 297). A segunda não está centrada no corpo, mas na vida, uma tecnologia que não visa o treinamento individual, mas o equilíbrio global. Nesse sentido, a intervenção médica vai exercer um papel fundamental para a concretização dos objetivos políticos e, conseqüentemente, na desvalorização dos saberes tradicionais que eram exercidos pelas mulheres. De acordo com Ferrazza e Peres (2016, p. 24),

[...] a determinação do controle regulador sobre os nascimentos, a morte, a duração de vida, a longevidade, as práticas sexuais, as expressões de gênero, as intensidades e modos dos prazeres, inclusive sobre quem deverá ser excluído e quem deverá ser incluído nos esquemas de reconhecimento e respeitabilidade social, quem deverá nascer e quem deverá morrer estarão relacionados ao manejo biopolítico.

Natal e Sinibaldi (2020) afirmam que a busca pelo controle da população, exercida por meio da política aliada com os avanços tecnológicos, forçou as práticas tradicionais a incorporar técnicas baseadas na ciência da medicina, que vem se aperfeiçoando cada dia mais no seu objetivo de controle da vida. Paulatinamente, o parto foi passando por um processo de institucionalização e medicalização, substituindo as parteiras tradicionais pelos médicos no ato de partejar.

De acordo com Curi e Baptista (2009, p. 129), “as descobertas da nova ciência médica afastaram a mulher do parto, tornando os obstetras os protagonistas da cena médica. A mulher caberia obedecer às orientações daquele que dela saberia dizer”. Portanto, muitos saberes tradicionais vêm sendo inutilizados por essas ideologias. Contudo, diante de todos esses

movimentos político, ideológico e econômico, as parteiras tradicionais continuam exercendo os seus ofícios, uma vez que suas comunidades permanecem desassistidas pelos novos profissionais.

2.2 A institucionalização do parto no Brasil

O século XIX é um marco histórico no processo de institucionalização do parto no Brasil, pois registrou grandes intervenções no ato de partejar, que até então era realizado de forma tradicional por parteiras no país afora. Primeiro, em 1808, diversas parteiras europeias foram trazidas para o Brasil juntamente com a família monárquica portuguesa para atuar como profissionais em atendimentos relativos ao parto. Sobre esse episódio, Curi e Baptista (2017) assinalam que “a história da arte de partejar se revelou um tanto quanto distinta da Europa, inclusive porque a vinda da corte para o Brasil trouxe consigo parteiras estrangeiras que se tornaram profissionais regulamentadas”.

Também em 1808, foram fundadas as primeiras escolas de medicina do Brasil, na Bahia e no Rio de Janeiro, que, mais tarde, formariam as primeiras parteiras diplomadas. Todavia, o acesso a essa escola não era para todas as mulheres:

Com a vinda da família real portuguesa em 1808, muita parteira europeia foi trazida para o recém-proclamado Reino do Brasil. Logo em seguida, fundou-se a primeira escola de medicina no Rio de Janeiro, que mais tarde formaria parteiras diplomadas. Porém, as parteiras tradicionais locais (indígenas, caboclas, negras) obviamente não foram incluídas neste processo. Apenas mulheres jovens, com “atestado de bons costumes”, geralmente moças de origem europeia, podiam ingressar no curso, e somente as que possuísem diploma poderiam exercer a parteira. (EHRENREICH; ENGLISH, 2017, p. 57).

Para ter acesso à formação de parteira diplomada, as futuras alunas deveriam passar por algumas avaliações. De acordo com Batista (2016, p. 45),

[...] a primeira formação de parteiras no país aconteceu no ano de 1832. Um dos critérios para a inscrição de alunas para o curso, a faculdade exigia que as moças fossem alfabetizadas, educadas e falassem francês, atributos que dificultavam a inscrição das candidatas, dada a dificuldade de escolaridade das mulheres na época.

Assim sendo, de acordo com Ehrenreich e English (2017), “a primeira parteira diplomada no Brasil foi Maria Josephine Matilde Durocher, mais conhecida como Madame Durocher, uma francesa que se formou no curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1834”. Segundo as autoras, ela assistiu mais de 5 mil partos no país, onde, até então, havia apenas duas escolas para a formação de parteiras, no Rio de Janeiro e em Salvador.

De acordo com Santos (2016), Mme. Durocher ficou órfã de pai e mãe quando tinha 23 anos. Casou-se, teve dois filhos, e, depois que o marido faleceu, decidiu se dedicar à profissão de parteira. Antes de ingressar na atividade de partejar, contudo, atuou como modista e costureira. O que chamava mais atenção em relação a ela, porém, era a sua maneira de se vestir, já que usava roupas de homens ao realizar os procedimentos de partos, pois considerava que exercia uma função masculina. Para Santos (2016), esse caso explicita como era o ambiente de formação de parteiras na metade do século XIX, claramente submetido à dominação masculina:

Mesmo sendo uma figura feminina inserida no contexto – originalmente feminino – de partos, realizados através do conhecimento formal da educação científica, ela se adequou aos padrões masculinos para seguir sua profissão. Por sua grande capacidade na realização de partos, foi à única mulher admitida como sócia, no século XIX, da Academia Imperial de Medicina, em 1871, assim como a primeira mulher a publicar textos com o próprio nome na área de Medicina, em 1848 (MOTT, 1994). Entretanto, o caráter de excepcionalidade de sua atuação deixa entrever a dificuldade de acesso das mulheres a este local privilegiado do conhecimento produzido por homens (SANTOS, 2016, p. 43).

Madame Durocher se tornou uma referência para a classe feminina e um símbolo de resistência, tanto por desempenhar uma atividade que fora monopolizada pelos homens, quanto por suas diversas produções acadêmicas que serviram de inspiração para outras mulheres. Embora não representasse a classe pobre daquela época, pois era filha de comerciante, Durocher representou a inserção das mulheres no contexto acadêmico.

Desse modo, pode-se concluir que a maioria das mulheres – pobres, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, extrativistas, entre outras – foi segregada do exercício regulamentado do ofício de parteira, uma vez que não tinham acesso a nenhum tipo de educação formal. Segundo Vieira (1999), os cursos de parteira para mulheres, com duração de dois anos, tiveram início a partir de 1832, com a adaptação das academias médicas cirúrgicas em faculdades de medicina. Mesmo assim, tanto a formação médica quanto a das parteiras diplomadas apresentava deficiências:

Apesar dessa reforma, as aulas continuavam precárias, e os cursos, rudimentares. Até o final do século XIX, muitos médicos formavam-se sem jamais terem visto um parto ou procedido a um exame obstétrico: o parto continuou sendo atributo de parteiras diplomadas ou práticas. O ensino prático da obstetrícia encontrou várias dificuldades além da falta de recursos e investimentos nas escolas médicas. Entre elas, o aspecto competitivo da prática liberal e a resistência das mulheres em usar hospitais e enfrentar o olhar masculino. (VIEIRA, 1999, p. 71).

Por falta de estrutura e conhecimento prático-teórico no campo da medicina brasileira, a formação obstétrica apresentava deficiência em sua fase inicial. Desta forma, além da dificuldade de acesso aos cursos, as faculdades enfrentavam impasses para que pudessem

oferecer ensino de boa qualidade. Batista (2016) relata que faltavam maternidades para a prática dos partos, bem como espaços clínicos adequados para atendimento às mulheres. De acordo com Vieira (1999, p. 71),

[...] em 1809, ano seguinte à formação dos cursos médicos, as artes obstétricas começam a ser ministradas na Escola do Rio de Janeiro como conhecimento pertinente à cadeira de cirurgia. [...] E ressalta-se que o estudo das artes obstétricas permaneceu por décadas como um estudo teórico, em que se utilizavam bonecos para simulação de situações práticas.

De acordo com Palharini e Figueirôa (2017, p. 1043), no ano de 1850, houve uma tentativa de reforma nas faculdades de medicina no Brasil para inserir disciplinas práticas, no entanto, não foi possível alcançar esse objetivo. Essa mudança só se efetivou no ano de 1884, com iniciativa do governo imperial que destinou comitivas médicas à Europa nos anos de 1874 e em 1882, com objetivos de habilitá-los no ensino prático.

Nessa época, Vieira (1999) assinala que ainda era pouco frequente o recurso aos serviços das parteiras diplomadas e dos médicos formados nas escolas brasileiras, com a finalidade de assistir partos. Segundo a autora, até então, apenas algumas poucas parturientes ricas e nobres do Rio de Janeiro procuravam a assistência de um médico e, ainda assim, faziam-no “por ostentação ou em casos difíceis” (VIEIRA, 1999, p. 71). Nesse sentido, percebe-se que o conhecimento dos profissionais de saúde recém-formados no Brasil ainda causava dúvidas à população, e as mulheres, incluindo as de maior poder aquisitivo, preferiam ser assistidas pelas parteiras tradicionais.

Ehrenreich e English (2017, p. 58) acrescentam que, no final do século XIX, “houve várias tentativas de encontrar um local acadêmico para o curso de parteira, que permaneceu durante muito tempo reduzido a uma espécie de curso técnico subordinado aos cursos de medicina”. Informam ainda que, em 1912, foi criada a Escola de Obstetrícia em São Paulo, onde se formavam as chamadas obstetrizes. Esse espaço acadêmico ficava anexado ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP).

Até 1925, o curso de parteiras permaneceu sem mudanças significativas na programação curricular, quando houve alterações que determinaram que os cursos fossem suprimidos e substituídos com vistas à formação de enfermeiras especializadas para o trabalho em maternidades anexas às faculdades de medicina. (BATISTA, 2016, p. 45),

A partir dos anos 1960 houve uma alteração do curso técnico/médio para superior. Em 1970, por determinação interna da USP, o curso foi desintegrado da medicina e passou a fazer parte da Escola de Enfermagem. Enquanto isso, a Escola de Enfermagem do Hospital de São

Paulo (UNIFESP), em 1939, criou o Curso de Parto, que em 1949, foi substituído pela especialização em Enfermagem Obstétrica.

Diante do exposto, percebe que o ato de partejar foi se modernizado passando de curso médio/técnico até o nível superior e especialização em Enfermagem Obstetrícia, assumindo assim, as funções que as parteiras tradicionais exerciam nos grandes centros urbanos. Por ser uma profissão desvalorizada, contudo, a USP formou em 1976 sua última turma de obstetrizes, durante a ditadura militar. Somente em 2005, 33 anos depois da extinção, o curso superior de enfermagem em obstetrícia Universidade de São Paulo (USP) voltou a formar enfermeiras obstetras (G1, 2008).

De acordo com Ehrenreich e English (2017), “essas diplomadas desempenhavam os seguintes papéis: acompanha a mulher no pré-natal e no parto normal sem risco habitual, pós-parto, no planejamento familiar, contracepção etc. Em atendimento hospitalar, nas clínicas ou em domicílio”. Portanto, as enfermeira (parteiras diplomadas) em nível superior (enfermeiras obstétricas) acabam desempenhando as mesmas práticas que as parteiras tradicionais, mas estas últimas, por não terem diplomas, foram proibidas de exercer a profissão.

Essa função ficou sob os cuidados das parteiras diplomadas ou enfermeiras, conquanto esta fosse uma profissão de pouca valorização Curi e Baptista (2017). Para as autoras, “somente com a criação das maternidades que se começou a se ter dúvidas quanto à competência das parteiras diplomadas, o que necessariamente criou uma série de conflitos no meio médico e de resistência das mulheres” (CURI; BAPTISTA, 2017, p. 129). Deste modo, as mulheres paulatinamente vão perdendo sua autonomia na assistência do parto, passando a ser uma espécie de assistência do médico.

Portanto, as enfermeiras e técnicas participavam dos partos hospitalares, mas não com protagonismo que as parteiras tinham no parto tradicional. Constantemente elas estão apenas auxiliando um médico que está no comando daquele parto. As enfermeiras, técnicas ou parteiras profissionais, qualquer que seja a sua qualificação, sempre realizam um trabalho subordinado ao dos médicos (EHRENREICH; ENGLISH, 2017, p. 4)..

Nascimento et al. (2009, p. 320) assinalam que “essas parteiras qualificadas acabam assumindo papéis nas maternidades, sempre hierarquicamente inferiores aos outros profissionais, diferentemente no parto domiciliar, quando são responsáveis por todo o processo”. Portanto, para os autores, os saberes e técnicas mantidas no período anterior à medicalização vão cedendo lugar a novos métodos, considerados mais assépticos e higiênicos, que reforçam a desqualificação dos saberes populares.

Nesse sentido, observa-se que o paradigma eurocêntrico em relação aos conhecimentos tradicionais das parteiras é imposto no Brasil pela família real, quando importa parteiras estrangeiras e promove a exclusão de parteiras do país da formação de profissionais. Percebe-se claramente uma segregação dessas personagens e de seus conhecimentos da cena do parto, uma vez que não lhes deram oportunidades de frequentar a escola recém-criada, reforçando o racismo e o preconceito com as parteiras tradicionais brasileiras.

Para o sociólogo Ramón Grosfoguel (2016), quando priorizamos ou qualificamos conhecimentos de uma determinada região, nesse caso, da Europa, e desprezamos os demais, ocorre o que ele chama de “racismo/sexismo epistêmico”.

O privilégio epistêmico dos homens ocidentais sobre o conhecimento produzido por outros corpos políticos e geopolíticos dos conhecimentos tem gerado não somente injustiça cognitiva, senão que tem sido um dos mecanismos usados para privilegiar projetos imperiais/coloniais/patriarcais no mundo. (GROSFOGUEL, 2016, p. 25)

O mundo é multicultural, formado de diversas culturas, povos, clima, regiões geográficas diferentes e forma de saberes distintos, contudo, em muitos países colonizados as populações foram violentadas por imposição de conhecimentos configurados como únicos epistemológicos, ou seja, um conhecimento universal. O sociólogo português, Boaventura de Souza Santos, em sua obra *Construindo as Epistemologias do Sul* (2019), nos traz uma reflexão sobre epistemicídios que consistem no apagamento de outros saberes, como se a humanidade fosse homogênea culturalmente, impedindo assim, que outras formas de conhecimento sejam válidas, desvalorizando a diversidade cultural.

2.3 A emergência de perspectivas de humanização do parto e do nascimento

A discussão a respeito da humanização do parto e do nascimento se intensificou no Brasil no final a partir dos anos 1970, e uma série de articulações se formaram para propor mudanças na assistência ao parto, de acordo Carmen Diniz (2005). O uso abusivo de tecnologias e a desumanização no atendimento às mulheres e aos bebês vinham recebendo críticas dos movimentos sociais, pesquisadores e profissionais da saúde. De acordo com Osava (1997, p. 64), no hospital e modelo tecnocrático a mulher era (e ainda é, em grande medida) tratada como uma máquina reprodutora do nascimento, que está sob cuidados técnicos inflexíveis, que não respeitam o tempo normal do processo do parto, utilizando medicamentos para acelerar esse evento.

É importante destacar, que o que está sendo questionado nas discussões sobre o assunto não é o uso da tecnologia, e sim a sua utilização desumanizada. O que está em jogo não é o local para a realização do parto nem o tipo de tecnologia a ser utilizado, mas diversas

ações que valorizem a paciente e o bebê. De acordo com Bourguignon e Grisotti (2018, p. 493),

[...] a humanização do parto propõe respeitar a natureza do parto e o espaço da mulher para que ela se sinta confortável, e sem interrupção desnecessária a fim de que ela se sinta confortável, seja no hospital, casa de parto ou residência, com uso de tecnologia apropriada, permitindo e incentivando a presença de escolha da mulher, quanto à liberdade de posição que deseja no momento expulsivo, sem a indicação rotineira de cesariana, salvo quando necessário.

Segundo Dias (2006) as mulheres ao se submeterem ao trabalho de parto nos hospitais públicos, isoladas de suas famílias, são submetidas, sem seu consentimento expresso, a inúmeras decisões médicas e procedimentos dolorosos, que comprometem a saúde dela própria e do bebê.

Ainda hoje, ao ser admitida em trabalho de parto (TP) em um hospital público, de um modo geral, a mulher é afastada de seus familiares e submetida a uma série de procedimentos de indicação duvidosa. Como forma de adequar o TP ao funcionamento do hospital e aos horários dos profissionais, sua fisiologia é modificada por intervenções que têm o objetivo de acelerá-lo, independente dos desejos da mulher ou de eventuais riscos para ela e para o bebê. Estas intervenções são geralmente executadas sem que a mulher seja informada sobre o que está sendo feito e é comum que permaneça abandonada no pré-parto sem nenhum tipo de suporte físico ou emocional. Com dor, em jejum, seminua, num ambiente estranho e com profissionais desconhecidos, a mulher não tem como vivenciar esta experiência senão como um sofrimento interminável. A ênfase dada apenas aos aspectos médicos, durante todo o acompanhamento do TP, parto e nos cuidados imediatos com o bebê é exagerada e ocorre em detrimento dos aspectos psicossociais da gravidez e do parto... O atendimento compromete não apenas a mulher. Além de todas estas violências, após o nascimento, mãe e filho (a) são separados (as) para que sejam realizadas as rotinas de cuidados com o bebê, independente das necessidades fisiológicas e afetivas para que esse encontro se realize o mais depressa possível (DIAS, 2006, p. 51-52).

Desse modo, compreende-se que as novas tecnologias criadas para trazer conforto às mulheres e aos bebês, no momento do parto, foram se tornando objeto de críticas, pelo fato de que a obstetrícia estava se tornando algo puramente técnico e deixando de lado a parte humana da assistência, que é essencial às parturientes e ao recém-nascido, causando assim, sofrimentos físicos e emocionais desnecessários. Então, iniciam-se movimentos internacionais e nacionais reivindicando melhorias no atendimento.

Uma vez que esse uso irracional provoca mais danos que benefícios, há cerca de 25 anos inicia-se um movimento internacional por priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a desincorporação de tecnologia danosa. O movimento é batizado com nomes diferentes nos diversos países, e no Brasil é em geral chamado de humanização do parto (DINIZ, 2005, p. 629).

Nesse sentido, de acordo com Santos et al. (2021), estimadamente um século depois de sua institucionalização, a obstetrícia eurocêntrica foi contraposta por um novo paradigma

de cuidado, pautado na humanização. Focando na saúde das mulheres, aproximando a produção científica das suas necessidades de saúde e defendendo seus direitos sexuais e reprodutivos, esse novo paradigma busca a desmedicalização do parto.

Em outras palavras, a proposta de desmedicalização do parto e do nascimento busca corrigir comportamentos autoritários e hierárquicos, com a finalidade de eliminar a assimetria das relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos envolvidos no processo de gestação, parto e puerpério (SANTOS et al., 2022). Visa, assim, a permitir que as mulheres participem com autonomia e protagonismo nesse processo.

De acordo com o novo paradigma, fazem-se necessárias mudanças estruturais e a adoção de novos conceitos pautados em melhores condições de atendimento das instituições da saúde, que desrespeitam desde suas infraestruturas, a formação biomédica, as relações de trabalho e a lógica de produção.

O novo processo de trabalho a ser efetivado vem como oposição à violência, ao propor a melhoria das condições de trabalho, da qualidade do cuidado, da articulação das diferentes tecnologias disponíveis e das relações interpessoais entre profissionais de saúde e usuários (SANTOS, et al. 2022, p. 1794).

O termo humanização, aplicado aos cuidados do parto e do nascimento, tal como se emprega no Brasil, deriva de concepções humanistas abrangentes. Nesse sentido, não há uma ideia definida e inflexível de como deve ser o atendimento prestado às parturientes e aos bebês. Trata-se, antes, de um novo modo de conceber e prestar assistência ao parto conforme as necessidades específicas em cada situação.

A seguir, exporei algumas das principais concepções acerca do que é a humanização do parto, as quais encontram maior aceitação entre grupos profissionais, movimentos sociais e políticas públicas.

De modo geral, tais concepções partem de uma crítica ao modelo tecnocrático da obstetrícia, que determina a necessidade de uma educação formal rígida e excludente para atuação no campo da saúde. Elas valorizam, ao contrário, conhecimentos tradicionais e estudos interdisciplinares sobre a natureza do ciclo gravídico-puerperal, agregando a ciência à prática. O novo modelo de parto, remetendo ao conceito de humanização, também preza pela formação ética dos profissionais envolvidos na saúde, em especial da Medicina e da Enfermagem (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018. p. 1232).

De acordo com Brüggemann (1998, p. 59), o termo humanização não tem uma forma própria de ser aplicado. O simples fato de eliminar posições redutoras não garante um tratamento humanizado, se não estiver pautado na compreensão da experiência sob o ponto de

vista mulher/parturiente e família, os quais vivenciam o processo de nascimento. Para essa autora, “a humanização é uma atitude de respeito à dignidade e natureza humana, voltada para a essência, singularidade, totalidade e subjetividade do homem” (BRÜGGEMANN, 1998, p. 71). A pesquisadora reforça que: “a tecnologia e a humanização podem e devem ser praticadas conjuntamente, requerendo utilizar o conhecimento tecnológico da melhor forma possível, desde que acompanhado de afetividade, compreensão e amor” (BRÜGGEMANN, 1998, p. 47).

No plano das políticas públicas, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), ao conceituar a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal, afirma que esta se alicerça em, pelo menos, dois aspectos fundamentais:

- a) O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher.
- b) O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p. 5).

O Ministério da Saúde conceitua a atenção humanizada de uma forma ampla, que envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes voltadas para proporcionar o parto e o nascimento saudáveis, bem como a prevenção da mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001). “Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia” (BRASIL, 2001, p. 9).

Decorre que, na visão do Ministério da Saúde, a humanização pretendida depende de cada profissional envolvido no processo do nascimento e não está baseado apenas nas normas e regras estabelecidas, mas, em atitudes com relação aos atendimentos prestados. Nesse sentido, algumas posturas são imprescindíveis:

Estar sintonizado com novas propostas e experiências, com novas técnicas, praticar uma medicina baseada em evidências, com o olhar do observador atento. Reconhecer que a grávida é a condutora do processo e que gravidez não é doença. E, principalmente, adotar a ética como pressuposto básico na prática profissional. (MS, 2001, p. 10).

Para Zampieri (2006), a humanização deve partir de uma atitude do indivíduo em vista de promover o melhor para o outro, no entanto, esta relação não se limita ao paciente e a forma como este é cuidado. Ao contrário, envolve todas as relações estabelecidas no ambiente

de cuidado, procurando conferir ao outro condições para o exercício de sua autonomia, de sua potencialidade e de seu crescimento pessoal.

A humanização não se restringe ao cliente e a forma como este é cuidado. Tem relação com o contexto em que se insere este cuidado, com o ambiente de trabalho e, principalmente, com o conjunto de relações presentes no cotidiano dos serviços. Diz respeito aos profissionais de saúde que exercem a sua ocupação com responsabilidade, por iniciativa própria, em prol do outro para que este seja e esteja melhor, mas que também atuam no cotidiano do cuidar em busca de sua autonomia, do fortalecimento de suas potencialidades, de sua realização e do seu crescimento pessoal (ZAMPIERI, 2006, p. 129).

Portanto, podemos perceber que a humanização do parto e do nascimento envolve conceitos científicos, políticas governamentais e comportamentos individuais e coletivos dos profissionais da saúde, todos pautados no respeito e na segurança da parturiente assim como a do bebê. Para tanto, a humanização depende do respeito à autonomia da paciente na decisão sobre fatores como: o local onde vai dar à luz, à forma como o parto vai ocorrer e à presença de acompanhantes, entre outros. Além disso, pressupõe o apoio psicológico e o uso de outras técnicas de reconhecido valor terapêutico, que garantam a saúde da mãe e do recém-nascido. Em suma, a humanização do parto está profundamente conectada ao protagonismo da mulher e da família nesse momento.

2.4 Movimentos pela humanização do parto no Brasil

De acordo com Diniz (2005), a partir da década de 1970, diversas organizações, em diferentes estados do Brasil, têm conduzido movimentos pela humanização do parto, envolvendo profissionais da saúde que não concordam com o modelo dominante de atendimento. Em grande parte, tais movimentos foram influenciados e motivados por práticas tradicionais de parteiras indígenas, segundo a autora.

Entre elas, cita especificamente as experiências Galba de Araújo, no Ceará, e Moysés Paciornik (1979), no Paraná, além daquelas realizadas pelo Hospital Pio X, em Goiás, e por grupos de terapias alternativas como o Instituto Aurora, no Rio de Janeiro. A autora afirma que, na década de 1980, outros grupos também passaram a ofertar assistência humanizada à gravidez e ao parto, tais 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 (DINIZ, 2005).

Desse modo, compreende-se que as décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por vários movimentos na área da saúde, organizados por instituições em todo Brasil. Santos et al. (2022) corroboram essas informações e assinalam que, a partir dos 1990, intensificaram-se

as reflexões a respeito da humanização do parto e do nascimento, levadas a cabo por movimentos sanitistas, feministas e de redemocratização política.

Ao longo desse processo, construíram críticas ao modelo médico hegemônico ao pautarem o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, a qualidade da relação interpessoal entre profissionais de saúde e usuários e a democratização das relações de poder estabelecidas (SANTOS et al., 2022, p. 1795).

Nesse contexto, em reunião realizada em Campinas (SP) entre os dias 15 e 17 de outubro de 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), organização da sociedade civil que vem atuando em forma de rede de associadas(os) em todo o Brasil. Na Carta de Campinas, considerada o documento fundador da Rehuna, os signatários denunciaram as violências do parto vaginal e reivindicaram condições melhores e mais humanas para a realização do parto no país, uma vez que, em sua visão, esse fenômeno estava sendo tratado como algo patológico.

No parto vaginal, a violência da imposição das rotinas, das interferências obstétricas desnecessárias perduram e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos de parto que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica. Estes eventos vitais e cruciais tornam-se momentos de terror, impotência, alienação e dor (CARTA DE CAMPINAS, 1993).

Contando com a participação de profissionais de diversas áreas da saúde – principalmente enfermeiras e médicos, vindos das áreas de obstetrícia e de saúde pública, mas também psicólogas, fisioterapeutas, terapeutas alternativos e profissionais liberais, além de usuárias – e oriundos de diversas regiões do Brasil, muitos deles atuantes na pesquisa, em ONGs e na implantação de serviços públicos em saúde, a Rehuna se instituiu como um movimento crítico ao modelo biomédico de parto. A respeito desse modelo, aponta os malefícios das interferências no ciclo do parto natural por meio do uso de medicamentos e da excessiva realização de cesárias,² fenômeno que está intimamente associado à recorrência de violências no parto vaginal hospitalar (REHUNA, 1993).

Clamando por um projeto de mudança que faça justiça às necessidades das parturientes (DINIZ, 2005, p. 631), a Rehuna tem estimulado a realização de encontros periódicos, presenciais e virtuais, a partir dos quais os movimentos para o parto humanizado têm crescido e se fortalecido. Deles surgem novos coletivos, assim como grupos preexistentes vão ganhando novas dimensões e adeptos, incluindo pessoas de classes e pensamentos diferentes.

² O Brasil está no topo do ranque mundial de cesáreas, e é comum que mulheres com melhores condições financeiras prefiram a cesárea ao parto normal, buscando um parto sem medo, sem risco e sem dor.

Muitos encontros foram organizados por participantes dessa rede, como o Encontro Parto Natural e Consciente no Rio (anual, no qual ocorre a Plenária Nacional da Rehuna), além de encontros locais. Isto contribuiu para formar uma comunidade que se reunia várias vezes por ano presencialmente, e a partir do fim da década de 1990, virtualmente através de listas eletrônicas como Parto Natural, Amigas do Parto, Rehuna, Materna, Parto Nosso, Mães empoderadas, entre outras (Tornquist, 2004), a maioria criada por consumidoras organizadas de classe média – uma novidade política de enorme potencial na mudança. (DINIZ, 2005, p. 631-632).

A interação entre participantes dos mais diferentes perfis proporcionou à Rehuna e aos demais coletivos que ela impulsionou uma “multiplicidade de perspectivas, de iniciativas pessoais e institucionais, políticas públicas, conflitos, colaborações, divergências e convergências” (DINIZ, 2005, p. 632), de modo que o movimento pela humanização do parto no Brasil se constitui como uma iniciativa absolutamente diversa. Desta forma, entende-se que o assunto em discussão divide opiniões entre os órgãos governamentais, profissionais de saúde e particulares, contudo, suas pressões permitiram que paulatinamente algumas políticas públicas fossem implantadas.

Um bom exemplo das conquistas do movimento foi a implantação da primeira maternidade pública autodefinida como humanizada, em 1994, no Rio de Janeiro. Outro exemplo importante é o Prêmio Galba Araújo para Maternidade Humanizada, criado nos anos de 1998. Essa premiação, concedida nas esferas estadual, regional e nacional, baseava-se nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto à assistência por enfermeiras no pré-parto e nos partos de baixo risco, bem como no que se refere ao controle das taxas de cesariana (DINIZ, 2005, p. 632). Cita-se, ainda, a proposição da criação da Casa de Parto, uma casa de apoio às parturientes e aos bebês.

Outros movimentos, com apoio da Rehuna e de outras entidades, continuam surgindo para responder a novas demandas, como, por exemplo, a Marcha do Parto em Casa. Essa manifestação surgiu depois que um vídeo que foi postado no Youtube e fez muito sucesso, atingindo mais de dois milhões de visualizações em menos de dois meses (SUS, 2014). O vídeo relata sobre a filmagem de um parto em casa, feito sem anestesia e com a ajuda de profissionais da saúde e do esposo da parturiente. Depois de tanta repercussão, foi exibida uma matéria no programa de TV dominical Fantástico, em 10 de junho de 2012 a respeito do assunto, que dividiu opiniões dos profissionais de saúde. Dentre os entrevistados, o médico Coordenador do Departamento de Obstetrícia/USP, Jorge Francisco Kuhn, defendeu o parto domiciliar, desde que a gestação seja saudável. Em sua defesa, enfatizou que o parto não é um ato cirúrgico e sim natural (G1, 2012).

No dia seguinte após a entrevista, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) manifestou a intenção de denunciar o profissional ao Conselho Regional de

Medicina de São Paulo, para punir o médico por seu posicionamento favorável ao parto domiciliar. Nesse sentido, houve reação e mobilização pelas redes sociais de diversos movimentos e entidades, tais como Parto do Princípio e Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, em repúdio à decisão do Conselho de Medicina em punir o profissional.

Na sequência da polêmica, foi planejada a Marcha do Parto em Casa (MPC), e nos dias 16 e 17 junho houve manifestações em 31 cidades do Brasil e em uma cidade no exterior, para afirmar os direitos das mulheres a escolhas informadas, à sua integridade física e à experiência saudável de parto (SUS, 2014, p. 125). No mês seguinte, o Cremerj publicou duas resoluções (nº 265 e 266/2012) com as seguintes restrições:

Uma proibia os médicos do Estado do Rio de Janeiro de assistirem partos domiciliares e atuarem como referência para equipes de partos domiciliares. A outra proibia médicos diretores de estabelecimentos de saúde de permitir o trabalho de “obstetizes, doulas, parteiras etc.” nos estabelecimentos que dirigiam. Ou seja, essas resoluções fortalecem a visão do parto como ato médico. (SUS, 2014, p. 126).

No dia 5 de agosto de 2012, na Zona Sul do Rio de Janeiro, no Posto 9 de Ipanema, ocorreu a Marcha Pelo Parto Humanizado, reunindo gestantes, profissionais da saúde e militantes. O protesto alertava sobre a necessidade da humanização do parto e pautava a questão da autonomia da mulher para decidir como deseja ter o seu filho. O ato também comemorava a suspensão da Resolução do Cremerj que proibia médicos de atuarem nas equipes de parto domiciliar ou integrar grupos hospitalares de suporte e sobreavisos, assim como vetava as participações das doulas e parteiras de acompanhar as grávidas antes, durante e após parto hospitalar. De acordo com essa decisão da 2ª vara da Justiça do Rio, são assegurados direitos constitucionais e legais à mulher, realizar parto domiciliar, assim como acompanhamento, em ambiente hospitalar, de pessoa livre de sua escolha (MARINHO, 2012).

Figura 1 – Marcha pelo Parto Humanizado



Fonte: G1 (2012)

Figura 2 – Marcha pelo parto humanizado



Fonte: G1(2012)

Entre os manifestantes presentes na marcha estava o médico e professor, Jorge Francisco Kuhn, que veio de São Paulo apoiar a causa. Segundo a reportagem, ele já tinha acompanhado, até aquele momento, cerca de 100 partos domiciliares feitos por parteiras, às quais prestava um serviço auxiliar. Desses casos, somente 12 gestantes foram encaminhadas ao hospital, nove delas por sentirem dor e preferirem fazer um parto com anestesia e três por questões de risco avaliadas pelo médico.

O médico também ressaltou que para o parto domiciliar acontecer, é necessário que a mulher e o bebê estejam em condições normais e que haja um hospital a 20 minutos de sua residência. Portanto, essa escolha pertence à mulher, mas ela também assume os riscos conexos. Ainda assim, o médico afirma que o parto domiciliar é mais satisfatório para a mulher que o parto hospitalar, pois elas se sentem com mais controle do processo e não precisam tomar medicamentos que aceleram as contrações (G1, 2012).

O sucesso do evento foi tanto que todo ano ele se repete. Em 19 de novembro de 2022, ocorreu a X Marcha pela Humanização do Parto, em Teresina (PI). Organizada pelo Conselho Regional de Enfermagem do Piauí (Coren-PI) e outras entidades, essa edição da marcha reuniu aproximadamente duas mil pessoas, entre profissionais da enfermagem e de outras áreas da saúde, instituições de ensino e simpatizantes da causa. Para o presidente do Coren-PI, Antônio Luiz Neto, depois de dois anos em formato alternativo por causa da pandemia da covid-19, o evento foi retomado em grande estilo: “Nossa marcha tem como objetivo conscientizar a sociedade e todos os atores envolvidos nesse processo tão importante, da gestação, parto e puerpério, de forma a garantir os direitos e respeitar a autonomia da mulher” (COFEN, 2022).

Assim sendo, ficam compreendidos que os movimentos pela humanização do parto reivindicam melhores condições humanas e cuidados com as mulheres e os bebês no parto vaginal normal, onde elas possam ter direitos de escolha para realização do parto e acompanhante de sua preferência, considerando o parto algo natural biológico, e não uma patologia, sendo necessárias intervenções médicas.

2.5 Iniciativas das e para as parteiras tradicionais

O percurso transcorrido neste capítulo demonstra que certas características do trabalho comumente realizado pelas parteiras tradicionais, as quais foram alijadas da posição de importância que ocupavam no início do século XIX, serviram de inspiração para a formulação de perspectivas humanizadoras do parto e do nascimento. Afinal, elas tratavam (e tratam) o parto como fenômeno fisiológico, natural, e não como patologia, no qual o uso de medicação só se justifica em caso necessário. Elas também sabiam (e sabem) “que as gestantes por elas atendidas gostam de seu trabalho porque encontra apoio psicológico e emocional na assistência, elemento que é considerado fundamental no parto humanizado” (PEREIRA, 2016, p. 591). Enfim, de sua prática tradicional, o acolhimento e o respeito à parturiente e ao bebê, nomeadamente, foram adotados como diretrizes dos diversos movimentos pela humanização do parto surgidos em todo o Brasil nas últimas décadas do século XX.

As realidades vivenciadas pelas mulheres envolvidas nesses movimentos, contudo, em vários aspectos não condizem com a realidade daquelas que vivem nas comunidades onde as parteiras nunca deixaram de atuar, ou seja, nas comunidades mais afastadas dos centros urbanos, como as indígenas, ribeirinhas e quilombolas, que existem em grande número no Nordeste e do Norte do país. A principal diferença entre as mulheres dessas comunidades e aquelas que integram os movimentos pela humanização do parto está associada ao fato de que estas últimas, em geral, pertencem à classe média, são dotadas de instrução formal, atuam como servidoras públicas, são ativistas feministas ou são até mesmo médicas, enfermeiras e técnicas de saúde. Em suma, são pessoas que podem optar por ter atendimento em casa, acompanhado por profissionais da saúde, e, se necessário (em caso de complicações), estão próximas de um hospital ou unidade de saúde onde obter socorro.

Essa não é a situação das mulheres que vivem nas comunidades indígenas, ribeirinhas e quilombolas, principalmente na região amazônica. Nessas localidades, muitas das vezes, às parturientes simplesmente não resta opção além do recurso às parteiras, pois não há médico ou qualquer outro profissional disponível nas proximidades de sua residência. Em regra, como elas também não dispõem de recursos para arcar com as despesas de deslocamentos até os

centros urbanos para ter acesso a serviços de saúde, buscam os trabalhos das parteiras tradicionais, que é uma medicina acessível e de baixo custo (PINTO, 2012).

Além do fator econômico, o recurso às parteiras tradicionais se explica pelo fato de que a parturição e os cuidados com o bebê e a parturiente exercidos por elas agregam saberes pluriétnicos, experiências culturais e práticas transmitidas de uma geração a outra, preservando segredos da natureza e, frequentemente, da religiosidade. Na prática, sobretudo nas regiões interioranas do Brasil, as parteiras tradicionais têm assumido, historicamente, papéis de especialistas em saúde, tal como “médicas” em suas comunidades e aldeias, atuando de forma alternativa no cuidado de suas comunidades (SCHUMACHER; BRASIL, 2007, p. 17).

A despeito disso e apesar dos recentes discursos e movimentos contrários à medicalização do parto, as parteiras tradicionais ainda enfrentam forte rejeição ao seu reconhecimento como profissionais aptas a auxiliar as gestantes e as parturientes na assistência obstétrica. A legislação e o Estado seguem privilegiando as pessoas que obtiveram os seus diplomas nas escolas de medicina e enfermagem, marginalizando o trabalho realizado pelas parteiras. Como exemplo disso, Bonfim et al. (2018) citam o Decreto nº 94.406/1987, que trata do exercício da enfermagem no Brasil.

O Decreto 94.406, de 08 de julho de 1987, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, incluiu as parteiras no rol dos profissionais de Enfermagem. No entanto, ao caracterizá-las, a lei reconhece apenas aquelas diplomadas ou portadoras de certificados expedidos por escola ou curso, excluindo, portanto, as parteiras tradicionais. Esses fatos evidenciam a tentativa de incutir, nas parteiras tradicionais, as práticas baseadas no conhecimento da Medicina moderna, que doravante passa a exercer sua hegemonia e o controle do parto, causando o que os antropólogos chamam de violência cultural e aculturação (BONFIM et al., 2018, p. 8).

Fica claro que a legislação e as práticas de controle promovidas pelo Estado brasileiro com o intuito de padronizar os procedimentos relativos ao parto atendem a interesses de determinados sujeitos, criando obstáculos para que os saberes e as experiências das parteiras tradicionais sejam absorvidos como válidos perante a sociedade brasileira. Percebe-se, ainda, que o lugar e o reconhecimento atribuídos ao ofício de partejar não são apenas objetos de dissensões entre áreas técnicas e científicas, mas também são objetos de disputa simbólica, no campo da cultura.

Se o próprio Estado contraria o dever constitucional de fomentar e preservar a cultura de seu povo, priorizando atender a interesses políticos e econômicos de grupos hegemônicos, os movimentos de classes médias urbanas tampouco buscam efetivamente conhecer e contemplar as reivindicações de parteiras provenientes de camadas populares e de

comunidades tradicionais. Pode-se afirmar que essa situação está diretamente associada ao racismo institucional e ao racismo estrutural.

Esses dois conceitos, embora sejam distintos, estão inter-relacionados. Ancorado na obra *Black Power (Poder Negro): Política de Libertação da América*, de Charles V. Hamilton e Kwame Ture, Almeida (2019) afirma que o racismo institucional é um fenômeno menos evidente que o racismo individual. Ele é mais sutil e difícil de ser identificado, uma vez que não se manifesta nas expressões de um indivíduo, mas se pronuncia em instrumentos construídos por grupos movidos pelo interesse de dominar e subordinar seus oponentes por intermédio da diferença racial. Em suma, o racismo institucional é um mecanismo pelo qual grupos hegemônicos (de pessoas brancas) visam a moldar os comportamentos dos demais, servindo-se do critério racial para legitimar e assegurar privilégios.

De acordo com Almeida (2019, p. 27), “a manutenção desse poder adquirido depende da capacidade do grupo dominante de institucionalizar seus interesses, impondo a toda sociedade regras, padrões de condutas e modos de racionalidade que tornem ‘normais’ e ‘naturais’ o seu domínio”. Um exemplo disso é o predomínio naturalizado de homens brancos em instituições públicas e privadas; nos poderes legislativo, judiciário e executivo; no Ministério Público; nas reitorias de universidades etc. Cargos de alto escalão são preenchidos por homens brancos, não por eles serem os melhores, mas pelas vantagens a eles concedidas, que dificultam a entrada de negros e/ou mulheres nos mesmos lugares.

Almeida (2019, p. 32) afirma, ainda, que, “se há instituições cujos padrões de funcionamento redundam em regras que privilegiam determinados grupos raciais, é porque o racismo é parte da ordem social”, ou seja em todas as relações sociais, econômicas e políticas tem-se o racismo como uma regra e não como uma exceção. Assim sendo, as relações no dia a dia no interior das instituições refletem as estruturas das relações racistas: “as instituições são racistas porque a sociedade é racista” (ALMEIDA, 2019, 32). Ou seja, se a sociedade é estruturada por pessoas e práticas racistas, tudo o que estiver sobre ela refletirá as suas bases. Logo, assim como o racismo institucional, o racismo estrutural transcende a ação individual e se constitui em uma relação de poder de um grupo sobre o outro.

Considerando que a maior parte das parteiras tradicionais é composta por mulheres pobres, negras, indígenas, nortistas e nordestinas, cujas práticas foram marginalizadas desde o século XIX, compreende-se que sobre elas atuam estruturas e práticas racistas, que invisibilizam e desqualificam suas atuações e reivindicações. Nesse cenário, iniciativas *das e para as* parteiras tradicionais têm surgido nas últimas três décadas em todo o Brasil, com o objetivo de reverter esse quadro e conferir reconhecimento a essas mulheres.

Sua mobilização e articulação tem se dado, principalmente, no âmbito de associações como: a Associação de Parteiras Tradicionais de Caruaru (PE), fundada em 1991; a Associação das Parteiras Tradicionais e Hospitalares de Jaboatão dos Guararapes (PE), criada em 1996; a Associação de Parteiras Tradicionais do Maranhão, de 1981; a Associação de Parteiras Tradicionais do Amazonas Algodão Roxo; e a Rede de Parteiras Tradicionais do Estado do Amapá Tia Vavá, formada em 2003, só para citar algumas. Essas redes e associações têm atuado em parceria com ONGs como a Curumim, e têm fortalecido o protagonismo dessas mulheres e ajudado a desconstruir estereótipos que foram impostos pelas regulamentações biomédicas a respeito de seus ofícios (IPHAN, 2021, p. 164).

Esse movimento de reconhecimento foi mobilizado pela força da atuação dessas mulheres que protagonizaram, por meio de associações que as articularam no Brasil inteiro, reivindicações e lutas por direito ao exercício do ofício ao qual se sentem designadas (IPHAN, 2021, 160).

No estado do Amazonas, com auxílio de um deputado oriundo do município de Tefé, onde existem muitas parteiras ativas, a Associação das Parteiras conseguiu aprovar duas leis importantes para a garantia de direitos e a preservação dos conhecimentos tradicionais das associadas. A primeira, a Lei Ordinária nº 4.875, de 16 de julho de 2019, instituiu o dia 5 de maio como o Dia das Parteiras do Estado do Amazonas. Já a Lei Ordinária nº 5.312, de 18 de novembro de 2020 garantiu o direito da parturiente contar com a presença de parteiras tradicionais durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto em maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares, da rede pública e privada do estado do Amazonas (IPHAN, 2021, p.183-184).

No Amapá, as articulações das parteiras tradicionais também surtiram efeito. No arquipélago do Bailique, na vila Progresso, doações voluntárias mobilizadas por elas próprias possibilitaram a construção de uma “casa de parto” ou “casa das parteiras. O governo do estado, no período de 2002 a 2015, chegou a pagar meio salário-mínimo para as que foram cadastradas no Projeto Resgate e Valorização das Parteiras Tradicionais do Amapá. A descontinuidade desse projeto, porém, se deu por mudança de gestão estadual (PARTEIRAS TRADICIONAIS DO BRASIL, 2021).

Além disso, os movimentos das parteiras vêm reivindicando o reconhecimento do valor cultural e patrimonial do seu ofício pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan). Identificando nessas mulheres a dedicação de vidas inteiras à arte de apara-vidas, o Iphan está tramitando o processo administrativo referente à proposta de registro dos Saberes e Práticas das Parteiras Tradicionais do Brasil como patrimônio cultural brasileiro.

As parteiras tradicionais sempre foram as detentoras de um saber especial — ao mesmo tempo orgânico e subjetivo, físico e sobrenatural, relacionado ao cuidado e ao apoio às mulheres. Aos poucos, foram alijadas de processos com os quais colaborariam imensamente. Agora, com o reconhecimento do teor patrimonial de seu ofício, voltam à cena com vigor suficiente para provocar interessantes problematizações no que concerne a procedimentos e pensamentos tidos como verdades absolutas, soluções obviamente melhores e técnicas infalíveis. No campo da memória e da valorização das referências identitárias, a patrimonialização dos saberes e práticas das parteiras tradicionais é uma reparação histórica, e, nesse sentido, a entendemos como uma nova narrativa possível (IPHAN, 2021, p. 13).

O Iphan admite que o ofício de partejar necessita de amparo e proteção do Estado, com intuito de potencializar a atuação das parteiras tradicionais por meio políticas públicas. Nesse sentido, afirma:

Registrar o ofício de parteira tradicional é legitimar o reconhecimento de várias comunidades espalhadas pelo Brasil e de milhares de mulheres da relevância dessas mestras. O Estado, com a patrimonialização, endossa e visibiliza as atividades de mulheres agraciadas pelo dom de “salvar duas vidas”, de “ajudar outras mulheres”, “não deixando-as em desamparo”, protagonistas no exercício de um ofício que “tem porta de entrada, mas não tem de saída”, como nos ensina Dona Prazeres (PE) (IPHAN, 2021, p. 165).

Apesar dos movimentos capitaneados pelas próprias parteiras, ainda que essas mulheres se organizem em busca de melhoria para sua categoria, as dificuldades para a implementação de políticas públicas que amparem esse importante ofício são significativas. Por um lado, conforme os estudos realizados pela Universidade Federal de Pernambuco, “em locais onde não há associações, a falta de articulação entre parteiras foi apontada como um obstáculo a ações conjuntas de valorização e fortalecimento do ofício” (PTB, 2021, p. 169). Por outro lado, a tramitação de projetos no Legislativo e no Executivo é extremamente morosa. Propostas legislativas que defendem as causas das parteiras tradicionais como, por exemplo, o Projeto de Lei nº 912/2019, do ex-deputado Camilo Capiberibe (AP), que visa a regulamentar e reconhecer as atividades daquelas mulheres, tramitam lentamente porque a maioria dos deputados não têm interesse de priorizar sua análise e votação.³

Enfim, conquanto as práticas milenares das parteiras tradicionais no ofício de partejar venha sendo paulatinamente reconhecidas quanto à sua contribuição para a redução da mortalidade materna e neonatal, o Brasil ainda não tem, de fato, uma política concreta para que essas mulheres sejam inseridas no SUS. Embora se multipliquem a cada dia, movimentos de humanização do parto, estudos científicos e propostas legislativas não têm chegado a se

³ Em 2023, a Comissão de Trabalho da Câmara dos Deputados, com relatoria da deputada Flávia Moraes (PDT-GO), aprovou esse projeto, que obriga o SUS a desenvolver ações educativas para expandir os conhecimentos técnicos das parteiras tradicionais e propiciar sua atuação autônoma em locais onde o SUS tem dificuldade de acesso. O projeto ainda precisa passar pela Comissão de Finanças e Tributação e pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2023).

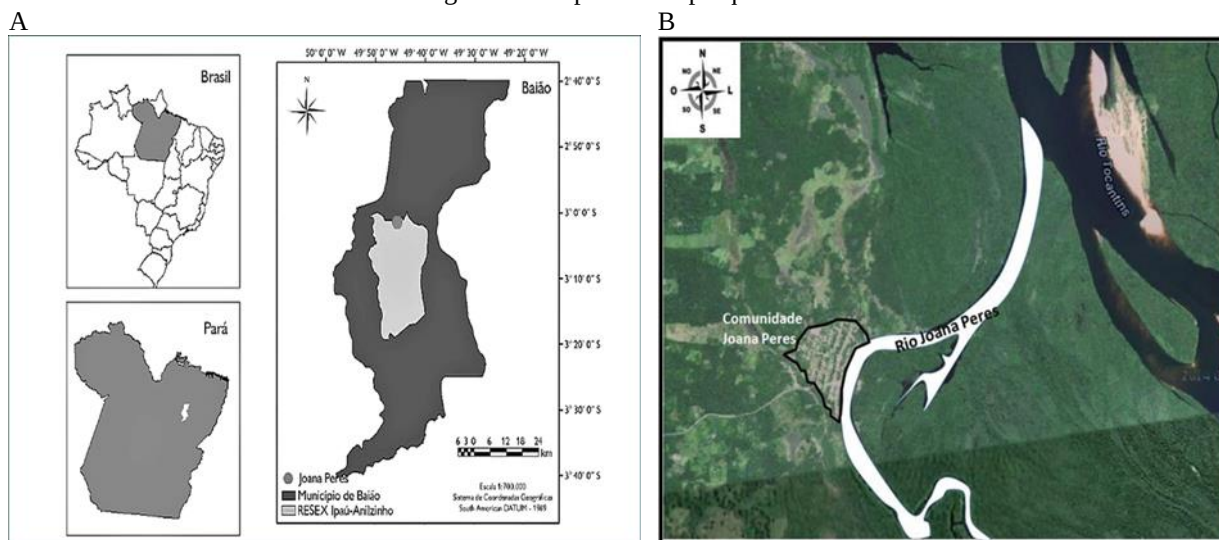
transformar em políticas efetivas que proporcionem novas perspectivas para essas mulheres sábias e experientes. Na prática, elas continuam enfrentando dificuldades para atender suas pacientes, mas o fazem da melhor maneira possível, em detrimento das condições precárias a que estão submetidas.

Além disso, segundo Galvão et al. (2019, p. 34), falta-lhes apoio da rede da atenção básica de saúde, que “permanece ignorando sua atuação a despeito das políticas públicas que recomendam sua inserção no âmbito do SUS”, mas ainda lhes sobra discriminação por parte dos profissionais de saúde. Nesse cenário, como demonstrado nas seções anteriores, exercer a função de parteira em nosso país desde o final do século XIX tem sido um ato de resistência, como será demonstrado nos capítulos seguintes, a partir da comunidade quilombola de Joana Peres.

3 A VILA DE JOANA PERES, LÓCUS DESTA PESQUISA

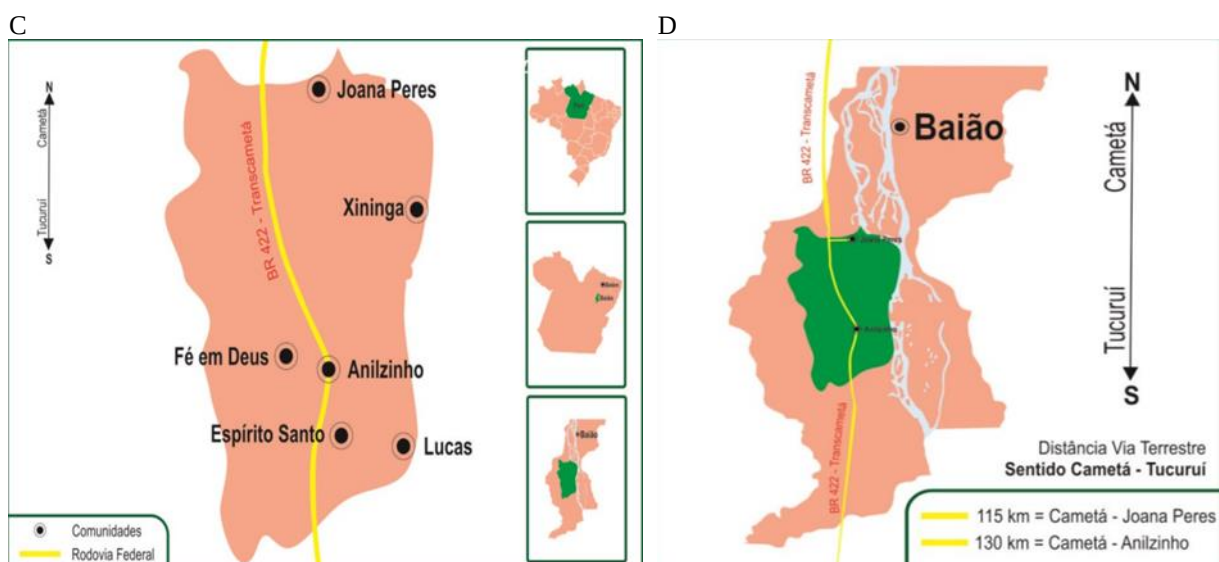
A Vila de Joana Peres está localizada no município de Baião, na região Nordeste do estado do Pará, à margem esquerda do Rio Tocantins, na Reserva Extrativista Ipaú-Anilzinho, criada pelo decreto presidencial de 14 de junho de 2005. A figura 1 apresenta o mapa da área pesquisada, com destaque para: (A) Localização da comunidade de Joana Peres no município de Baião; (B) Acesso à comunidade de Joana Peres pelo Rio Tocantins; (C) as comunidades que integram a Reserva Extrativista Ipaú-Anilzinho; (D) Distância entre a cidade de Cametá e a comunidade de Joana Peres, com acesso pela BR-422.

Figura 3 – Mapa da área pesquisada



Fonte: IBGE, 2009/ IBAMA, 2009. Elaboração: Roberta Fortes.

Fonte: SILVA, 2014.



Fonte: IDESP, 2014, adaptado por MORAES, 2016.

Fonte: MORAES, 2016.

O acesso à comunidade pode ser feito através de barco, pelo Rio Tocantins, a partir da sede de Baião, em viagens de três horas de duração, em média. Também pode ser feito através de balsa, saindo da cidade de Baião às 7h e às 14h, num percurso de 45 minutos, que segue pela BR-422, a antiga Transcametá, num trajeto de aproximadamente 45 km. Vindo das cidades de Tucuruí ou Cametá, o acesso à comunidade é feito pela BR-422, e o traslado tem duração de duas horas.

Neste capítulo apresento um breve panorama da Vila de Joana Peres, buscando destacar os eventos históricos mais importantes para a compreensão de sua configuração atual, particularmente no que diz respeito ao contexto da saúde e das relações de cuidado em

que as parteiras desenvolvem suas atividades. Não há a intenção de explorar a problemática territorial que atravessa a vila, embora o texto evidencie a influência dos conflitos e das disputas territoriais em sucessivos deslocamentos e rearranjos socioespaciais de sua população.

Na primeira parte do capítulo, partindo de revisão bibliográfica, traço uma breve trajetória histórica, ressaltando como sucessivas disputas com escravocratas, indígenas e fazendeiros reconfiguraram o território ocupado pelos quilombolas até o final do século XX. Em seguida, no início do século XXI, narro o processo de criação da Reserva Extrativista (Resex) Ipaú-Anilzinho, que envolveu tardiamente Joana Peres, e o processo de reconhecimento dessa comunidade como remanescente de quilombo.

Na segunda parte do texto, apresento algumas características gerais que identificam a Vila de Joana Peres na atualidade, servindo-me da história oral registrada por meio de entrevistas com pessoas de mais idade na comunidade. O texto inicia com dados sobre população, economia, infraestrutura, educação e cultura, para então culminar numa descrição mais pormenorizada sobre a situação da saúde na comunidade. Procura-se, assim, delimitar o cenário em que atuam as parteiras que serão apresentadas no próximo capítulo.

3.1 Formação e história da Vila de Joana Peres

3.1.1 O aquilombamento

De acordo com as informações disponíveis no site da Prefeitura de Baião (2012), a comunidade de Joana Peres foi elevada à categoria de 2º distrito de Baião pelo Decreto-Lei Estadual n.º 3.131, de 31 de outubro de 1938. Tornou-se, assim, o único distrito a fazer parte da divisão territorial desse município até os anos de 1950. No entanto, o distrito foi extinto pela Lei Estadual n.º 1.127, de 11 de março de 1955, ficando a comunidade nos limites do novo distrito de Pampelônia. No mesmo ano, um acórdão do Superior Tribunal Federal (STF) anulou a criação do distrito de Pampelônia e a comunidade voltou a pertencer ao distrito de Joana Peres. Os demais distritos que compõem o município de Baião foram criados anos depois.

As informações a respeito do nome e do surgimento da Vila de Joana Peres, bem como de sua história, vêm sendo produzidas e documentadas recentemente, por meio de pesquisas realizadas por universitários da própria comunidade e de outras localidades como, por exemplo: Figueiredo (2014), Ribeiro (2014; 2020), Silva (2016), Silva, J. B. (2016) e Pixuna Neto (2023). Essas pesquisas têm sido desenvolvidas, especialmente, a partir da

primeira década dos anos 2000, por intermédio da história oral construída com a participação dos ancestrais de nossa localidade.

Segundo o estudo de Ribeiro (2014), o nome da vila foi atribuído em referência à sua fundadora, Joana Peris, uma mulher de ascendência portuguesa que adquiriu uma grande área de terras do governo do estado e instalou-se nelas, fazendo uso da mão de obra de negros escravizados. Estes, depois da morte de Joana Peres, refugiaram-se em lugares como Mocambo, que fica a 5 km da vila, e formaram quilombos na área. Até o presente, existem na vila e no seu entorno lugares que são marcos de uma história de fuga, resistência e organização de nossos ancestrais, como, por exemplo, Tavares, Retiro, Cacará e Toari, onde ainda se encontram vestígios de materiais de cerâmicos utilizados por eles.

Assim, Pinto (2012, p. 204) afirma que a região do Baixo Tocantins, na qual se localizam os municípios de Cametá, Mocajuba e Baião, é caracterizada pela existência de vários quilombos, formados por africanos que, diante das ameaças de servidão e extermínio, se refugiaram em matas, rios e igarapés, organizando-se em mocambos. Figueiredo (2014) corrobora essa afirmação, destacando que o território do Vale do Tocantins, nos séculos XVIII e XIX, “assistiu à chegada de um grande número de homens e mulheres trazidos da África na condição de escravos para dedicar-se às atividades de lavouras de exportação (cana-de-açúcar, tabaco, arroz, algodão, cacau etc.)” (FIGUEIREDO. 2014, p. 38).

Nesse contexto, ao longo do século XIX, a formação de quilombos foi uma estratégia coletiva de resistência ao regime escravocrata, que empreendeu esforços para reprimi-los e aniquilá-los, mobilizando forças policiais em expedições punitivas e de recaptura de negros aquilombados. Alguns quilombos foram destruídos; outros jamais foram descobertos; outros, atacados, resistiram e organizaram-se (PINTO, 2012).

As ações de enfrentamento e destruição contra os mocambos do Baixo Tocantins tinham sempre resultados provisórios. Achavam “ranchos” que, às vezes, eram tão somente postos avançados de trocas mercantis dos fugitivos. Ou então a captura de um ou outro foragido que se encontrava realizando atividades extrativistas não raras vezes muito distante dos locais onde estavam localizados seus mocambos (GOMES, 2006, p. 286).

Como se pode perceber, a região do Baixo Tocantins constituiu-se historicamente como um lugar conflituoso para os quilombolas, onde estes precisaram resistir não apenas aos senhores escravocratas, mas também a indígenas e a fazendeiros após a escravidão.

3.1.2 A luta contra os indígenas

Inicialmente, depois de conquistarem a “liberdade” em 1888, saindo da tutela do colonizador, enfrentaram uma grande disputa territorial com os povos nativos, visto que, entre Joana Peres e Alcobaça (atualmente cidade de Tucuruí) havia grande concentração de aldeamentos indígenas.

Os conflitos se acirraram a partir da década de 1920, com a intensificação das obras de construção da Estrada de Ferro do Tocantins (EFT), iniciadas em 1905. Com cerca de 120 km de extensão (PIMENTEL; RAVENA; TRINDADE, 2022), essa ferrovia foi projetada no final do século XIX com o objetivo de melhorar o escoamento dos produtos da região (castanha-do-pará, coco babaçu, diamante, timbó, borracha, madeira e fibras têxteis), que até então era realizado somente por via fluvial, de Alcobaça a Marabá, e ficava prejudicado nos períodos de estiagem.

Segundo o antropólogo Arnaud (1961), de 1927 a 1950, Alcobaça e Joana Peres foram palcos de uma luta armada entre indígenas e castanheiros. Buscando controlar a situação, o estado enviou expedição punitiva contra os acampamentos e aldeias indígenas, e os conflitos se agravaram ainda mais, uma vez que os nativos revidaram não só os castanheiros, mas também os trabalhadores da Estrada de Ferro. Arnaud (1961) afirma, ainda, que o ano de 1949 foi um dos mais críticos na região. “Lavradores abandonaram as roças, e as turmas de conservação da Estrada de Ferro somente operavam, quando protegidas por guardas armados” (ARNAUD, 1961, p. 1).

É sabido e ninguém nega que, na zona denominada de Trocará, a qual fica entre os dois importantes centros (Alcobaça e Joana Peres) havia um grande aldeamento de índios, índios esses que viviam em contínua luta com os habitantes dos centros castanheiros de Joana Peres. (ARNAUD, 1961, p. 5).

De acordo com Figueiredo (2014, apud PEDRAZZANI; LEITÃO, 2012), na década de 1920, com a construção da Estrada de Ferro do Tocantins, os nativos tiveram seus territórios invadidos e iniciaram consecutivos conflitos envolvendo coletores de castanha e trabalhadores da EFT. Segundo os autores, nesse período, o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) tentou dialogar com os nativos, mas sem sucesso. Nesse contexto, as revoltas indígenas se justificavam pela proteção de seu território, que estava sendo invadido e expropriado pela EFT. Logo, os nativos começaram a circular por toda a região da antiga Alcobaça, inclusive em Joana Peres, e, onde encontravam um castanheiro/quilombola, atacavam-no.

Além das pesquisas citadas, as narrativas contadas pelos nossos ancestrais sobre a história da comunidade de Joana Peres revelam marcas deixadas pelos conflitos em torno dos territórios disputados com os indígenas, em meio aos quais quilombolas também se tornaram

alvos. Dois ataques, em particular, deixaram marcas na memória coletiva da vila e são, até o presente, lembrados e narrados vigorosamente. O primeiro, datado de 3 de outubro de 1940, deixou uma vítima fatal, a senhora Mariana. Outra vítima, Maria Domingas Viana, era uma criança, na época, e, apesar de ter sido atingida por uma flecha na região lombar, conseguiu sobreviver e só veio a falecer com 97 anos, em 2023 (RAMOS, 2009). Por conta desse episódio histórico, todos os pesquisadores que vinham a Joana Peres tiravam foto com ela e a entrevistavam.

Figura 4 - Cicatriz nas costas de Dona Maria Domingas Viana.



Fonte: Figueiredo, 2014.

O segundo acontecimento memorável aconteceu em 2 de novembro de 1941, com mais violência. A população da comunidade, assustada, foi obrigada a refugiar-se em uma ilha que fica em frente à atual comunidade quilombola de Joana Peres, e lá permaneceu por 31 anos. Por conta desse fato, a ilha foi batizada pelo escritor Sandoval Ramos (2009), na obra intitulada “Baião – A História de um Município”, como Ilha Mariana.

O período vivenciado pela comunidade nessa localidade é considerado uma das fases mais difíceis de sua história, tanto do ponto de vista social quanto econômico, principalmente porque, no período do inverno, quando a ilha ficava completamente alagada, os moradores perdiam todas as suas plantações. Desse modo, todos os anos passavam por crises de falta de farinha de mandioca, alimento básico em suas refeições, e ficavam também impedidos de realizar a coleta da castanha-do-pará. Em 1972, após os nativos deixarem o território, e circular a notícia que não estavam mais violentos, e que a comunidade poderia perder as terras firmes para fazendeiros que estavam chegando à região, a comunidade retornou paulatinamente à sua antiga localidade.

Figura 5 – Ilha Mariana, refúgio dos joanaperenses.



Fonte: acervo do autor, 2024.

3.1.3 A luta contra o latifúndio

Em 1975, três anos após retornar ao antigo território, a comunidade começou uma disputa com o fazendeiro Lázaro Gonçalves Barboza,⁴ que se arrastou até 1981. Ele se apresentava como proprietário da Fazenda Joana Peres e, alegando ter comprado uma vasta porção de terra na região, deu início a uma ação demarcatória na comarca de Baião com o objetivo de demarcar sua propriedade e outros limites de seu interesse (SILVA, 2016, 58-59). Em 20 de agosto de 1975, tal ação demarcatória foi despachada pela então juíza da comarca de Baião, Edna Anjos Nunes, dizendo que “a petição inicial não se harmonizava com a escritura pública de compra e venda” (SILVA, 2016, p. 59). No despacho, foram mencionadas 21 propriedades que faziam limites com a Fazenda Joana Peres, pertencentes às seguintes pessoas:

Romão Francisco Martins, José Lucas Fernandes, Francisco Basílio da Rocha e Joaquim Garcia. Generoso Pereira de Carvalho e pelo lado com herdeiros de Joaquim Basílio da Rocha, pelos fundos com o Francisco Antônio da Ponte, Divisando com Raimundo Constatino Alves e Fernando Senão da Divisando com Miguel Pereira dos Santos Costa, Herdeiros de Brígida de Oliveira Rodrigues, limitando com lado de baixo João Pereira da Fonseca e cima com João Raimundo de Freitas, limitando-se com lado de baixo com Arlindo de Melo e Silva e Teresa da Costa Ferreira Mela, Daniel, norte com João Pereira da Fonseca sul com Domingos

⁴ De acordo com Silva (2016), Lázaro era brasileiro, casado, agropecuarista, residente e domiciliado à Rua 83-E-N. 96 – setor sul, Goiânia. Era proprietário da Fazenda Joana Peres com inscrição no registro geral de imóveis sob o nº 59 do livro 3-B – Transcrição das Transcrições, às fls. 221 a 228. Tais dados foram encontrados por Silva (2016) no Diário Oficial, onde constava a Ação Demarcatória da fazenda Joana Peres, indicando que a terra do fazendeiro Lázaro Gonçalves Barboza não possuía demarcação. Seus limites eram: ao Sul, com terras do estado; a leste, com a Vila de Joana Peres; e a Oeste, com Jair Seixas Gonçalves, dono de terras no município de Tucuruí (SILVA, 2016). Pela ação, o fazendeiro pagou a importância de Cr\$500.000.000 (quinhentos mil cruzeiros).

Nesse sentido, de acordo com relatos de Leônidas Pixuna, Dirço Viana e Heráclito Ribeiro de Cristo, lideranças comunitárias que vivenciaram essa época, o senhor Lázaro Barbosa teria comprado a propriedade em questão do herdeiro de Arlindo de Melo e Silva e Teresa da Costa Ferreira Melo, o senhor Raimundo Arara. Mundico Arara, como ficou conhecido na região, era filho adotivo do casal Arlindo e Teresa, e herdou essa propriedade de seus pais, contudo, quando a vendeu para o fazendeiro Lázaro, incluiu na venda outras propriedades do entorno, entre elas a Vila de Joana Peres.

Quando os quilombolas de Joana Peres ficaram sabendo da ação judicial e do despacho da juíza concedendo autorização para a demarcação da Fazenda Joana Peres, o fazendeiro Lázaro já havia se apossado da área. De fato, juntamente com o latifúndio, vieram também muitos trabalhadores para cortarem o pico da terra e seguranças armados (pistoleiros). A comunidade reagiu mobilizando moradores para negociar com o fazendeiro e impedir a demarcação em suas terras. Desse modo, iniciou-se um enfrentamento jurídico e no corpo a corpo.

No início do conflito, o fazendeiro contou com o apoio de seus jagunços, que andavam bem armados, e de autoridades de Baião, como se nota na resposta dada pelo ex-prefeito do referido município, Tadeu Brasil, às reivindicações de lideranças da Vila de Joana Peres: “Joana Peres não precisa de terra para trabalhar, pois vocês já têm terra na popa do casco⁵” (Heráclito R. de Cristo, 12/02/2024). Com essa resposta, o ex-prefeito deixou bem claro de que lado estava. A expressão “colocar terra na popa do casco” era uma prática cotidiana dos ribeirinhos quando saíam para pescar, principalmente quando estavam sozinhos. Nesse sentido, a terra era usada para equilibrar o peso do pescador na canoa. É notório que o ex-prefeito estava defendendo interesses próprios e não dos comunitários. Suas palavras deixaram os comunitários cabisbaixos, contudo, não se deram por vencidos.

O conflito com o fazendeiro Lázaro durou cinco anos, nos quais a comunidade contou com apoio de entidades e pessoas como, por exemplo, o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Baião, o padre Tiago, o ex-prefeito de Baião (Francisco Ramos) e o ex-governador do Pará, Alacid Nunes (Heráclito R. de Cristo; Dirço F. Viana, 12/02/2024). Contudo, o que fez toda a diferença no processo em favor dos comunitários foi uma carta escrita pelo topógrafo

⁵ A palavra casco tem o mesmo significado de canoa, usado nas pescarias artesanais.

Tomaz de Carvalho⁶, denunciando Lázaro, que tentava grilar toda uma vila. A carta foi entregue na coluna do Jornalista Lúcio Flávio Pinto, do jornal O Liberal⁷, que a publicou com o título “Terra Tumultuada”. A carta foi lida na Assembleia Legislativa do Pará pelo deputado Paulo Cezar Frando, que se posicionou a favor do ex-prefeito de Baião Francisco Ramos, pois este apoiava as causas da comunidade, e argumentou contra o fazendeiro (SILVA, 2016, p. 56-57).

Diante da proporção que tomou o conflito, a justiça do Estado deu causa ganha para a comunidade de Joana Peres, pois ela já tinha benfeitorias no local e fazia uso da terra desde antes da chegada do fazendeiro à região. Desta forma, foram designados dois servidores do Instituto de Terras do Pará (Iterpa), o senhor conhecido como tenente Pinheiro e o topógrafo Tomaz, acompanhados de policiamento para que pudessem realizar o mapeamento do território da comunidade. De acordo com o senhor Dirço Ferreira Viana, presidente da comunidade na época, os limites da comunidade foram reconhecidos pela justiça de um raio de 6 km, tanto de frente como de fundos.

É importante notar que, na época, a demarcação de terras no meio rural era muito menos precisa que nos dias atuais. As medidas eram em braças (cada braça equivalente a 2,5 metros de comprimento), e os marcos eram rios, igarapés, fazendas, campos da natureza, entre outros. Neste contexto, a propriedade de Lázaro foi delimitada com 660 braças de frente (1650 metros) por mil de fundo (2.500 metros), uma área inferior à de sua posse efetiva. A partir da determinação da justiça, o fazendeiro recuou os limites da área que pertencia à comunidade de Joana Peres e não houve mais conflitos com ele, que se tornou amigo dos comunitários, inclusive fazendo doação de terras que aumentaram os limites do lado direito (sul da comunidade). Viveu por muitos anos junto da comunidade até vender suas terras para outro proprietário.

3.1.4 A criação da Reserva Extrativista Ipaú-Anilzinho

⁶ Servidor público do Instituto de Terras do Pará (Iterpa) que esteve na região e se solidarizou com a causa da comunidade. Ele fora contratado pelo fazendeiro Lázaro Barbosa, pois era topógrafo, mas, no período em que esteve prestando serviço para o latifúndio, viu de perto as injustiças que a comunidade estava passando e procurou ajudá-la. Os comunitários de Joana Peres que viveram nessa época têm enorme consideração a esse cidadão.

⁷ O jornal fazia a defesa de Magalhães Barata, interventor no Pará do governo Vargas. Em 1965 o periódico foi comprado por Ocy Proença, e em 1966 foi comprado por Romulo Maiorana. Em 1982, foi criado o Diário do Pará, vinculado ao político Jader Barbalho, atualmente senador pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Daí em diante, A Província do Pará, O Liberal e o Diário do Pará se consolidaram como os principais jornais do estado. Atualmente o Jornal faz oposição ao Jornal Diário do Pará (SILVA, 2016).

No início dos anos 2000, nas margens da antiga PA-156 (atualmente BR-422), especificamente na altura de 70 km vindo de Tucuruí, havia frequentes conflitos envolvendo moradores locais e fazendeiros (RIBEIRO, 2014). Particularmente afetada por esses conflitos, a comunidade de Anilzinho mobilizou-se em torno da proposta de criação da Reserva Extrativista Ipaú-Anilzinho, que surgiu como alternativa estratégica para conter o desmatamento, principalmente as derrubadas dos castanhais, e proporcionar a permanência da população tradicional na região, assim como garantir melhoria de qualidade de vida, econômica e social.

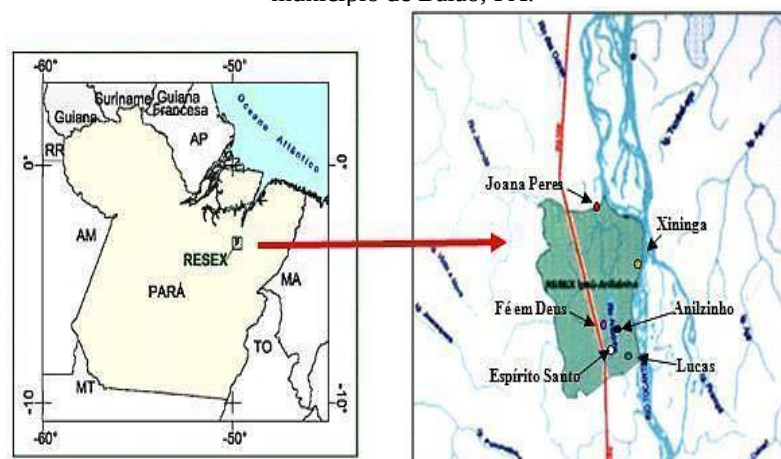
A organização em prol da Resex se deu com apoio dos movimentos sociais pela reforma agrária, em especial da Igreja Católica, por intermédio da Prelazia de Cametá, e do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Tucuruí. Assim, em 30 de junho de 2001, foi realizado um fórum agrário da região de Tucuruí, na sede do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Tucuruí, com a participação de diversas lideranças de associações e sindicatos. Nessa Assembleia ficou aprovada, entre outras pautas, a criação da Reserva Extrativista Ipaú-Anilzinho.

Desse modo, moradores das comunidades de Ipaú e Anilzinho, ambas no município de Baião, solicitaram ao governo federal a realização de estudos técnicos para criação da referida Unidade de Conservação (UC). De acordo com o Parecer nº 025/2005 do MMA/SBF/DAP, de 29 de outubro de 2001 (RIBEIRO, 2014), os estudos técnicos foram favoráveis à criação da reserva, contudo, a área geográfica inicialmente indicada para tanto – abrangendo as comunidades Lucas, Espírito Santo, Vila de Anilzinho, Fé em Deus e Xininga – foi considerada insuficiente.

Foi então que as lideranças responsáveis pelo pedido de criação da Resex solicitaram a participação da comunidade de Joana Peres no pleito. Após reunião realizada com essas lideranças, a comunidade concordou em fazer parte da Reserva Ipaú-Anilzinho, mas sentiu-se prejudicada porque os novos limites da UC foram definidos pelo representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Tucuruí sem informar as lideranças de Joana Peres.

Na prática, o sindicalista veio até a BR-422, que fica a 5,8 km da vila de Joana Peres, acompanhado de lideranças da comunidade de Anilzinho e marcou as coordenadas geográficas no km 100, vindo da cidade de Tucuruí, deixando a maior parte da vila de Joana Peres fora dos limites da Unidade de Conservação. Quando os comunitários de Joana Peres souberam do ocorrido, a reserva já havia sido criada com uma área de aproximadamente 55.816,01ha.

Figura 6 – Localização da Resex de Ipaú-Anilzinho e as comunidades tradicionais pertencentes à UC, no município de Baião, PA.



Fonte: ICMBio, 2014, apud FIGUEIREDO, 2014.

Diante do exposto, a Reserva Extrativista Ipaú-Anilzinho é composta por seis comunidades que estão organizadas em associações: comunidade do Lucas, situada ao sul da Resex entre o rio Ipaú, Lago Grande, Rio Puxador, e o rio Tucunaré, tendo acesso pela BR-422, no km 60 próximo ao rio Ipaú; comunidade de Xininga que fica na margem esquerda do Rio Tocantins, uma área de restinga, a oeste da Ilha Grande de Jutai; comunidade de Anilzinho, situada na BR-422, km 70, vindo de Tucuruí; comunidade Fé em Deus, constituída de famílias de trabalhadores assentados nos km 70 e 80 da BR-422; comunidade do Espírito Santo, localizada entre o km 60 – Ponte do Rio Ipaú no início da Resex, até próximo ao início da Vila de Anilzinho; e a comunidade de Joana Peres, na mediação do km 100 da BR-422, vindo da cidade de Tucuruí, adentrando uma distância de 5,8 km pela margem esquerda do braço do Rio Tocantins (IBAMA, 2008).

Atualmente, a participação da comunidade de Joana Peres na Resex se encontra enfraquecida, e uma das causas para isso foi a falta de entendimento com a comunidade de Anilzinho. As lideranças de Joana Peres, com a mediação do ICMBio, na gestão de Rodrigo Figueiredo, tentaram por várias vezes apaziguar as desavenças entre as comunidades, mas sem sucesso. Dessa forma, a documentação da “associação-mãe” encontra-se nas mãos dos comunitários de Anilzinho, sem nenhuma participação de Joana Peres nas tomadas de decisões nem na diretoria.

3.1.5 O reconhecimento da comunidade como remanescente de quilombo

A mobilização para o autorreconhecimento da Vila de Joana Peres como comunidade quilombola começou em novembro de 2019 e envolveu outras cinco comunidades interessadas: Lucas, Espírito Santo, Vila de Anilzinho, Fé em Deus e Xininga. Em uma

reunião do Conselho Deliberativo da Resex, realizada no km 80 da BR-422, eu e outros líderes da vila, destacadamente os senhores Elias Gomes, Manoel Machado Filho e Leônidas Ribeiro Pixuna fomos informados de que não havia impedimento legal para que uma comunidade, no interior de uma reserva extrativista, fosse reconhecida como remanescente de quilombo. Até então, a comunidade entendia que, se fosse reconhecida como tal, deixaria de ser parte da reserva, e por isso relutava para se declarar quilombola.

Após os esclarecimentos obtidos no conselho, convocamos outros líderes comunitários e realizamos nossa primeira reunião, na churrascaria de propriedade do senhor João Ferreira. Foi uma atividade restrita aos convidados, na qual Elias Gomes, que fazia parte do conselho deliberativo da reserva Ipaú-Anilzinho, explanou sobre o desejo, de parte dos moradores, de que Joana Peres fosse certificada como comunidade quilombola pela Fundação Cultural Palmares (FCP). Durante o diálogo que sucedeu à explanação, a maioria dos convidados se posicionou contrariamente à ideia.

A equipe quilombola, todavia, não se deixou abater pelas oposições e mobilizou outras pessoas da comunidade, desta vez envolvendo algumas mulheres, para realizar uma nova reunião. Os convites foram feitos de casa em casa e, no dia 13 de fevereiro de 2020, no salão do senhor José Augusto e da professora Eliane, realizamos uma assembleia, desta vez com um público maior, que concordou em encaminhar o pedido de certificação da comunidade à Fundação Palmares.

Figura 7 – Assembleia que aprovou o pedido de certificação da comunidade de Joana Peres como remanescente de quilombola.



Fonte: autor, 2020.

O pedido foi solicitado via correio, pela Associação dos Moradores e Mini-Produtores Rurais da Reserva Extrativista Ipaú-Anilzinho do Polo Norte das Comunidades Vila De Joana Peres e Xininga (Assorianoorte), na época presidida por Elias Gomes. Desde modo, foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) a portaria nº 96, de 8 de maio de 2020, da Fundação Cultural Palmares (FCP), contendo a certidão de reconhecimento da Vila de Joana Peres como comunidade remanescente de quilombo.

3.2 Cotidiano e saúde na Vila de Joana Peres

3.2.1 Visão geral da comunidade

Atualmente, a comunidade quilombola e extrativista de Joana Peres é composta por aproximadamente 450 famílias. A economia local baseia-se na agricultura familiar (destacadamente, no plantio de mandioca, milho, arroz, pimenta-do-reino, cacau e açaí), no extrativismo de produtos vegetais (flores, frutos, cascas, sementes, óleos etc.), na criação de pequenos animais (porcos, galinhas e bois), na caça e na pesca artesanal.⁸ Há uma incipiente plantação de condimentos, ervas aromáticas e medicinais, tais como cebolinha (*Allium cepa*), urucum (*Bixa orellana* L.), pimenta dedo-de-moça (*C. chinense* Jacq), alfavaca (*Ocimum micranthum*) e hortelã (*Mentha* sp.), entre outras. A maioria da população adulta é beneficiária de programas sociais como o Bolsa-Família e o Seguro-Defeso⁹. O restante se mantém de suas aposentadorias, pensões e serviços públicos (professores e servidores da saúde).

A primeira década do século XXI trouxe transformações estruturais significativas para a comunidade de Joana Peres, visto que as residências, até então, eram, quase sempre, construídas com madeira. Elas tinham assoalho, e muitas, paredes de tábuas atravessadas, chamadas “escama”, e eram cobertas com palha de buçu – uma palmeira da qual se aproveitam a palha, o coco e o tururi, também chamada embuçu.

Tal modelo de residência é típico das regiões afetadas por enchentes de inverno. Inclusive, durante os anos em que a comunidade permaneceu na Ilha Mariana, as casas tinham os assoalhos bem mais altos. Atualmente, no entanto, é difícil encontrar casas desse modelo, representado na fotografia tirada em 1994, ou seja, de 29 anos atrás, na segunda rua da vila.

⁸ A compra de carne bovina e de aves em municípios vizinhos como Baião e Tucuruí responde pela fonte principal de proteína animal para as famílias locais.

⁹ Política do governo federal que disponibiliza aos pescadores cadastrados o valor de quatro salários-mínimos anualmente, para suprir necessidades no período de reprodução dos peixes. Assim, nos meses de dezembro, janeiro, fevereiro e março, a pesca é restringida, permitindo-se somente a captura de uma pequena quantidade de peixes para subsistência.

Figura 8 - Casas da Vila de Joana Peres, em 1994.



Fonte: Euricélia Coelho (1994)

Após a criação da Unidade de Conservação Ipaú-Anilzinho, em 2005, a comunidade foi contemplada pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) com a concessão de 284 créditos habitacionais. De 2006 a 2019, esses créditos foram divididos em etapas: no primeiro momento foram liberadas 150 habitações; depois, mais 42; e, por fim, 91. As duas primeiras etapas foram concluídas. As últimas encontram-se nas seguintes fases: 30 casas estão avaliadas como 80% concluídas, 27 delas com 42%, e as 34 restantes ainda não foram iniciadas. Todavia, de acordo com o proprietário da empresa responsável pelas obras, a retomada dos trabalhos já foi aprovada, e estão sendo aguardados os trâmites da liberação.

Posto isto, é notório afirmar que a Reserva Extrativista Ipaú-Anilzinho proporcionou melhoria de qualidade de vida para os quilombolas da Vila Joana Peres. Muitos casais que residiam junto com pais ou sogros, que não tinham condições de construir a própria moradia, foram contemplados com o programa. Assim sendo, a comunidade tem cerca de 97% das residências construídas em alvenaria.

Figura 9 – Segunda Rua da comunidade quilombola de Joana Peres



Fonte: acervo do autor, 2024.

Comparando-se a última imagem com a antecedente, a foto da segunda rua, de 1994, percebe-se que, além das casas, os postes da rede de energia elétrica também eram de madeira 30 anos atrás. Naquela época, a energia usada pela comunidade era produzida por um motor movido a óleo diesel, que era abastecido pela comunidade com a ajuda da prefeitura de Baião e, muitas vezes, da prefeitura de Tucuruí, o qual funcionava das 18h30min às 22h. Assim foi até o ano de 2006, quando a tão sonhada eletrificação rural chegou.

A eletrificação em Joana Peres, porém, está envolta em muitas discussões acerca da construção da hidrelétrica de Tucuruí, que tem uma história de luta envolvendo manifestações sociais. De acordo com o presidente da Resex à época de sua criação, o Sr. Elias Gomes, o próprio processo de instituição dessa UC levou conhecimentos novos à comunidade, que passou a se reunir frequentemente para resolver alguns problemas.

Em uma dessas reuniões, os líderes comunitários de Joana Peres ficaram sabendo do programa do Governo Federal chamado Luz no Campo,¹⁰ que chegaria aos municípios de Baião em 2014 ou 2015. Isso nos deixou tristes e, ao mesmo tempo, indignados, pois não nos conformamos com essa determinação do governo. Então, o presidente da Resex e alguns amigos conversavam sobre a possibilidade de fazer uma greve na Usina Hidrelétrica de Tucuruí. Mobilizaram as comunidades próximas, mas não deu muito resultado. Mesmo assim o povo não desistiu. Em 25 de dezembro de 2005 realizou-se outra reunião na comunidade de Joana Peres, onde se fizeram presentes várias autoridades de diferentes instituições, prefeitos,

¹⁰ Lançado em 2000, foi o programa de universalização da rede rural de energia elétrica que antecedeu o programa Luz Para Todos, de 2003.

o senhor Dilson Trindade, da Eletronorte, o diretor do programa Luz para Todos, Mauricio Pontes e, representantes de todas as comunidades que não tinham energia.

Depois de tanto trabalho para reunir as comunidades para conseguir esse benefício, a energia chegou, mas só até o km 50, onde fica Angelinópolis. A Vila de Joana Peres e outras comunidades não foram contempladas. Então, mais uma vez o senhor Elias Gomes, presidindo a Resex, organizou uma greve que foi deflagrada no dia 22 de maio de 2005, na BR-422, com a participação de muitos trabalhadores que prometiam botar fogo no poste de alta tensão. O representante da Eletronorte, da Polícia Militar e dois policiais federais, preocupados com o linhão, outra vez negociaram com a comunidade, mas a negociação não passou de conversa.

No dia 19 de novembro do mesmo ano, fizeram outra greve, mas dessa vez montaram lenha debaixo do poste de alta tensão, já que não podiam contar com a participação de muitas pessoas porque estavam com medo da polícia, que estava autorizada a prender os grevistas. A comissão da greve conversou com o comandante da tropa, que os ajudou a fazer ligações para Belém, Cametá, Tucuruí e Brasília, de modo que, depois de algumas horas, aterrisou um helicóptero trazendo as autoridades para negociar. Nessa negociação, o deputado estadual Delei disse que, se enganassem novamente as comunidades presentes, e se os grevistas colocassem fogo no linhão, as autoridades presentes seriam responsáveis por isso. Então dessa vez houve sucesso, em 02 de setembro de 2006 aconteceu a chegada da energia.

Na questão educacional, a prefeitura municipal de Baião, em parceria com o governo do estado do Pará, oferta à comunidade as três modalidades de ensino da educação básica: Educação Infantil; Ensino Fundamental, dos anos iniciais (1º ao 5º) aos anos finais (6º ao 9º); e Ensino Médio (1º, 2º e 3º ano). Há, aproximadamente, 400 alunos em toda a rede de ensino.

A Educação Infantil atende 74 anos matriculados no ano letivo de 2024 e funciona em prédio separado na Escola Municipal de Ensino Infantil Pintinho Amarelo, dotado de três salas de aulas, cozinha e banheiros internos. A Escola Municipal de Ensino Fundamental de Joana Peres, para o ano letivo de 2024, conta com 241 estudantes, sendo 144 dos anos iniciais e 97 dos anos finais. O Ensino Médio funciona na modalidade Sistema Modular de Ensino (SOME), em parceria entre estado e município, ou seja, os professores são servidores vinculados ao estado, e o município dispõe do prédio e toda a sua estrutura para atender a 78 alunos. A referida escola possui 6 salas de aula, um bloco de administração, uma copa cozinha e um pátio. Entre os servidores, 95% são efetivos e são da comunidade.

Em relação à vida cultural na Vila de Joana Peres, é preciso assinalar mudanças ocorridas nos últimos 60 anos, desde a chegada dos primeiros missionários evangélicos ao

local. Há, de fato, indícios de que muitas tradições folclóricas e saberes tradicionais foram paulatinamente silenciados, à medida que as igrejas evangélicas passaram a exercer maior influência na comunidade. Segundo relatos de moradores mais idosos, até as décadas de 1960 e 1970, existiam grupos de samba-de-cacete, boi-bumbá, apresentações de quadrilha, dança do mastro, e benzedeiras (a) de crianças. Com o passar dos anos, porém, essas práticas foram deixando de existir, haja vista, serem tratadas de forma pejorativa e muitas pessoas que participavam e zelavam por elas se converteram ao evangelho.

Atualmente, existem sete igrejas de denominações diferentes em Joana Peres: Igreja Católica, Igreja Cristã Evangélica, Igreja Pentecostal Assembleia de Deus, Igreja Assembleia de Deus, Igreja Adventista do Sétimo Dia, Igreja Cristã do Brasil e Igreja Pentecostal Luz da Libertação. Apesar de algumas restrições que essas igrejas impõem à vida cultural local, nos últimos anos a comunidade vem desenvolvendo atividades festivas e educacionais com o objetivo de resgatar e fortalecer a nossa identidade.

Em relação às principais celebrações da comunidade, destacam-se as festas dos padroeiros: a de São Sebastião, em janeiro; e a da Santíssima Trindade, em agosto. Até 15 anos atrás, elas atraíam grande público – maior na festa da Santíssima Trindade – e contavam com participação das comunidades circunvizinhas. Essas festividades começavam com a alvorada, uma queima de fogos (pistolas e foguetes) que ia das 5 horas da manhã até o dia raiar, e seguiam com uma procissão (círio) com a imagem do padroeiro(a). Durante nove dias, realizavam-se novenas, e, nas noites, havia grupos responsáveis para cada uma delas. No último dia de festa ocorria o torneio de futebol de campo (masculino e feminino), e as equipes se enfrentavam e se divertiam através do esporte. À noite, bandas da região – normalmente vindas de Cametá, Baião ou Tucuruí – encerravam o festejo.

Em 2009, com as reformas da Igreja Católica, o pároco do município informou aos fiéis certas mudanças com respeito às festas, pois a partir daquele momento não seria permitido o formato tradicional dos festejos, com uso de bebidas alcoólicas e apresentação de bandas como antes. Com isso, as tradições das festividades dos padroeiros da comunidade foram perdendo a sua essência e ficaram restritas à comunidade católica, ou seja, a tradição da festa dos padroeiros continua, mas em uma nova liturgia.

Vale ressaltar que a festa dançante do mês de agosto continua, porém de forma diferente, em uma única noite e em local particular, não mais vinculado à igreja católica ou à padroeira. No entanto, outros eventos vêm se fortalecendo e reafirmando a identidade local, como, por exemplo, o aniversário da vila, que ocorre no final do mês de outubro. Esta festa já havia acontecido na primeira década de 2000, contudo, foi só em 2017, sob a gestão escolar

do Professor Domingos do Carmo Ferreira Ribeiro e da Professora Eliane Fernandes, que ela foi retomada para comemorar o aniversário da comunidade. Naquele ano, o evento comemorou os 239 anos de fundação da vila e, desde então, busca-se ampliar essa comemoração levando o evento para a praça a fim de envolver toda a comunidade.

Com esse intuito, foi formada uma comissão responsável pela organização do aniversário, contando com o presidente da comunidade e líderes religiosos, em sua maioria mulheres. Em 2019, a comissão planejou toda a festa, mas um dia antes foi surpreendida com o falecimento de uma pessoa próxima e querida pela comunidade, e a comemoração não aconteceu como planejado, havendo apenas uma distribuição de bolo ao som dos parabéns. Para esta homenagem foi realizada uma contribuição voluntária na comunidade e as mulheres fizeram um bolo com um saco e meio de trigo de 60 kg, o maior já feito nas comemorações do aniversário.

Figura 10 – Festa dançante da última noite da comemoração do aniversário de 241 anos da Vila quilombola de Joana Peres.



Fonte: acervo do autor, 2021.



Fonte: DJ Junior 3D, 2021).

Em 2020, em decorrência da pandemia da Covid-19, não houve evento, contudo, no ano seguinte, a comemoração foi feita com muito entusiasmo. A comissão organizadora, juntamente com voluntários, vendeu rifas e fez coleta de doações para o evento. Assim, foi possível cobrir as despesas do aniversário e ainda fazer uma parte do piso da pracinha da vila. Os trabalhos foram realizados todos de forma voluntária. Foi um megaevento para os padrões locais, com duas noites de apresentações: na sexta feira, aconteceu o culto ecumênico envolvendo as igrejas locais; e no sábado, a partir das 18 horas, houve apresentações da história da criação da comunidade, narrando os desafios enfrentados pelos nossos ancestrais para a permanência no território, queima de fogos e festa dançante.

As duas últimas comemorações, de 2022 (244 anos) e 2023 (245 anos), tiveram uma dinâmica diferente, com três noites de festa: a primeira noite organizada pelas igrejas

evangélicas; a segunda noite com apresentações da cultura local, desfile de miss quilombola, apresentação de grupo de carimbó, dança farinhada e capoeira, entre outras apresentações, envolvendo pessoas de diferentes idades com intuito de fomentar e valorizar a afrodescendência. Na última noite, a festa dançante encerrou o evento.

Outro evento bastante badalado, que reúne pessoas de toda região, principalmente jogadores de futebol de campo, é a Semana Estudantil da Comunidade. Essa competição ocorre há quase 25 anos na segunda semana do mês de julho. Durante uma semana são realizados jogos de várias modalidades: natação, corrida de resistência, 100 metros rasos, cabo de guerra, regata, desfile de miss, voleibol masculino e feminino e futebol de campo, sendo este último o mais disputado entre os participantes e o mais valorizado em termos de prêmios. Durante o evento, os comunitários dividem-se conforme os bairros e participam diariamente das competições. Portanto, três clubes são pioneiros do evento: São Paulo, Falange e Real Madrid, times cuja rivalidade abrilhanta ainda mais os jogos.

3.2.2 O contexto da saúde na Vila de Joana Peres

Em Joana Peres, segundo os interlocutores consultados nesta pesquisa, os quilombolas Dirço Ferreira Viana e Heráclito Ribeiro de Cristo, ambos com mais de setenta anos de idade, até a década de 1970, as pessoas, quando tinham algum problema de saúde, recorriam aos homens e mulheres sábios da comunidade, chamados de pajés. Eles realizavam consultas e receitavam remédios naturais, extraídos da floresta amazônica ou feitos com plantas medicinais cultivadas nos próprios quintais da comunidade, e para isso contavam com o auxílio de divindades.

Naquela época, existia um único posto de saúde no município de Baião, onde trabalhava o servidor popularmente conhecido como Manoel Guarda. Ele era o responsável pela aplicação de vacinas, nas campanhas de imunização, e pela distribuição de alguns remédios nos vilarejos e nas comunidades rurais da região. No entanto, quem, de fato, atendia às necessidades cotidianas dos comunitários eram os pajés e as curandeiras reconhecidos localmente como especialistas em saúde. Assim sendo, a comunidade provia sua própria rede de atendimento à saúde.

[...] na década de 60 e 70, não existia atendimento médico em nossa comunidade. O único atendente de saúde que nós tínhamos na nossa região eram os pajés Oscar, Simeão e Januário. Esses homens realizavam consultas através dos dons espirituais, e receitava remédios caseiros. Até mesmo na cidade não tinha, o que tinha era um postinho de saúde, que trabalhava Manoel Guarda. Quando a gente queria fazer

algun tratamento a mais, queria saber mais da saúde, tinha que ir à cidade de Cametá (Entrevista de Heráclito Ribeiro de Cristo, 11/06/2023).

Como se depreende do depoimento do sr. Heráclito, homens como Oscar, Simeão, Januário, Érico Ribeiro e Juvêncio Melo deram importantes contribuições à saúde da população de Joana Peres, e suas memórias devem ser preservadas na comunidade como parte de seu patrimônio.

Além de atuarem na cura de enfermidades, em algumas ocasiões, os referidos pajés auxiliavam mulheres a darem à luz. De acordo com a informação do senhor Heráclito, sua mãe foi uma das pessoas ajudadas por eles.

O tio Januário, por exemplo, fez uma vez o parto do meu irmão Edmilson. Mamãe quase morre no ano de 1968. Ele assistiu mamãe, ajudou a salvar a vida daquela mulher de quarenta e poucos anos. Teve um filho, quase ela morre. Outros homens como Érico Ribeiro, Juvêncio Melo atuavam nessa área. O Juvêncio Melo cuidava da saúde na comunidade. Ele era tipo doutor, tinha toda uma receita para aplicar remédio, mas nesse período já existiam injeções, né? Que eu me lembro muito bem que as crianças tomavam injeção na bunda, tinha aqueles aparelhos que eram fervidos na água. Botava o álcool nos aparelhos e tacava fogo em baixo e fervia para desinfetar o aparelho. Mas não tinha posto de saúde. Em Baião que tinha um postinho. (Entrevista de Heráclito Ribeiro de Cristo, 11/06/2023).

No relato, chama atenção a menção ao fato de que Juvêncio Melo era “tipo um doutor”, sugerindo que ele detinha um conhecimento mais formal que os demais pajés. Segundo informações do senhor Heráclito, ele tinha uma caligrafia muito bonita e, além de atender a população nas demandas da saúde, atuava também como escrivão, pois, nessa época, Joana Peres possuía o próprio cartório, onde eram registrados os nascimentos das crianças, as certidões de casamento, escrituras de terreno e outras peças.¹¹ Ainda de acordo com meu interlocutor, Melo foi um dos poucos a não deixar a localidade na época dos conflitos com os indígenas.

No início dos anos 1970, a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), cujo polo ficava na cidade de Cametá, deu início a uma campanha envolvendo voluntários de comunidades da região tocantina. A Sucam escolhia uma pessoa que representasse uma comunidade e a instruía para atuar no combate à malária. Em Joana Peres, o primeiro voluntário a realizar esse serviço foi o senhor Benjamin, que, em seguida, foi morar na cidade de Tucuruí, deixando como sucessor o senhor Dirço Freitas Viana, servidor público atualmente aposentado. Este, por sua vez, desempenhou atividades representando a Sucam até 1977 e, a partir de então, passou a atuar em outras tarefas relacionadas à saúde.

¹¹ O senhor conhecido como Totó Castro era o juiz de paz, na época.

Eu fiquei trabalhando com a Sucam até chegar os anos 76, mais ou menos 77. Em 77 comecei a desenvolver os primeiros passos do trabalho da saúde, aplicando injeções, fazendo curativo e outros. Mas não tinha aparelho para medir pressão. O que a gente tinha era o termômetro para medir a temperatura da febre (Entrevista de Dirço Freitas Viana em 09/05/2023).

Em 1978, um ano após a sua primeira experiência como representante voluntário da saúde na comunidade, o senhor Dirço Viana foi contratado como servidor do município de Baião para exercer a função. Como não tinha estudo para o cargo, as orientações eram feitas pelos primeiros médicos da cidade, os doutores Silas e Maurício. Segundo conta, os médicos confiaram em seu trabalho, solicitaram às suas secretárias que preparassem uma espécie de receituário com instruções de uso dos medicamentos, para que ele pudesse orientar os pacientes em sua comunidade, levando em consideração a idade e a enfermidade apresentada por eles. Dessa maneira, aos poucos, Dirço Viana foi se habilitando para prestar atendimento aos moradores de Joana Peres. Seus atendimentos, bem como a distribuição de remédios, aconteciam na sua própria residência.

Somente em 1988, sob a gestão do então ex-prefeito Antônio Lobo, foi construído o primeiro posto de saúde em Joana Peres, contendo uma sala de atendimento e um espaço para recepção. Todavia, a situação de precariedade permanecia, segundo Dirço Viana: “a gente tinha o fio para costuras, tinha anestesia, e a gente fazia com as próprias mãos. Eu nem sabia o que era pinça, nem sabia o que era aparelho de medir pressão”.

A despeito da construção do posto de saúde e da atuação do servidor Dirço Viana, a comunidade não perdeu o costume de buscar orientações e cuidados de saúde junto aos portadores de conhecimentos tradicionais, então representados por uma nova geração de mulheres e homens que davam continuidade à prática da pajelança, alguns dos quais, inclusive, conheci: Ranolfo, Benedita, Sabina, Eurico e Sepeda. Eles faziam benzeção de criança e receitavam remédios (banho, garrafadas, casca de pau, erva medicinal etc.), práticas que aconteceram com frequência até meados da década de 1990 e depois se extinguiram, pois não foram incorporadas pelas novas gerações.

Em 2012, no final do primeiro mandato do prefeito Nilton Lopes de Farias (popular Saci), graças à pressão exercida pela presidenta da comunidade, a Sra. Vera Lúcia Freitas Viana, com apoio da população local, ocorreu à reforma no posto de saúde, ampliando o espaço com mais uma sala de internação, banheiro interno e forro.

Figura 11 - Posto de saúde da comunidade quilombola da Vila de Joana Peres.



Fonte: acervo do autor, 2024.

Atualmente, o posto de saúde reformado em 2012 não supre mais as demandas da comunidade quanto aos cuidados básicos de que necessitam. Os medicamentos que recebe do município são insuficientes, e sua estrutura física é inadequada ao acolhimento dos cidadãos da comunidade. Com cerca de 450 famílias, a Vila de Joana Peres já necessita de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), tal como determinado na Portaria nº 1.903, de 4 de setembro de 2013.

Nesse sentido, a Política de Atenção Básica (PNAB/MS, 2012) assegura que uma UBS deve dispor de, pelo menos, uma Equipe de Atenção Básica, composta por: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais. Outrossim, para atender as necessidades da população, deve conter, pelo menos, cinco consultórios, dentre eles, o odontológico. Portanto, segundo a PNAB, uma UBS deve ter:

1 Consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica;

2 Área de recepção, local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros (PNAB, 2012, p. 35)

De acordo com o Ministério da Saúde, no site do CNESNet, os principais atendimentos de saúde atualmente ofertados nos distritos de Baião são classificados da seguinte forma: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Saúde da Família (USF); Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), e Posto de Saúde (PS). O segundo distrito (comumente

chamamos se referindo a todos os demais distritos que ficam do outro lado do Rio Tocantins no município de Baião, lado esquerdo)¹² possui três UBS em funcionamento: UBS do Umarizal, localizada na comunidade quilombola de Umarizal; UBS Jorge Benchimol, situada no Trevo Pampelonia; e UBS Manoel Paraíba, estabelecida na comunidade de Angelinópolis, na BR-422. No terceiro distrito aparece uma Unidade de Saúde da Família (USF) que fica na Vila de Ituguara. A comunidade quilombola de Joana Peres está cadastrada atualmente como Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).¹³

Vale ressaltar que Joana Peres é o segundo distrito de Baião, historicamente é a filha mais velha do município, no entanto, por questões de política partidária e de falta de sensibilidade, nunca foi contemplada com uma UBS. Na segunda gestão do ex-prefeito Nilton Lopes de Farias, de 2012 a 2016, o município foi contemplado com 12 UBS, todavia, nenhuma delas foi destinada a Joana Peres. Consequentemente a comunidade vem sendo prejudicada, na questão de infraestrutura para saúde.

Nesse cenário, até o ano de 2017, ainda não havia trabalhado nenhum médico ou enfermeiro/a em Joana Peres. Os administradores municipais alegavam que, como se tratava de um posto de saúde, não era permitido esses profissionais atuarem. Assim, durante todos esses anos a comunidade contava apenas com os serviços dos técnicos de enfermagem e de três ACS. Quando os comunitários precisavam de atendimento médico, era necessário encarar três horas de viagem de barco, saindo de Joana Peres às 2h da madrugada para amanhecer na cidade e enfrentar filas para tentar obter o atendimento – muitas das vezes, sem sucesso.

Em caso de emergência, se o paciente precisasse ser levado para a cidade, o deslocamento era – e ainda é – outro problema recorrente na comunidade. Como o posto de saúde da vila não dispõe de ambulância até hoje, a única possibilidade é recorrer ao transporte privado. Nesse caso, é a família do paciente que paga o custo de transporte, seja de carro ou de barco. A dificuldade é ainda maior para as famílias com menor poder aquisitivo, pois acabam contraindo dívidas para prestar socorro aos seus familiares.

Em 2017, uma comitiva representativa da comunidade reivindicou junto ao então prefeito, Jadir Nogueira, e ao seu secretário de saúde, Edilson Ramos, a lotação da enfermeira Audriane no posto de saúde local. Essa profissional é natural da própria comunidade e, como estava atuando na sede do município como servidora efetiva, foi deslocada para Joana Peres a

¹² Todos os distritos que ficam ao lado esquerdo do Rio Tocantins, ou seja, do outro lado da cidade, já foram representados em décadas atrás por Joana Peres, por isso, confunde às vezes quando chamamos de segundo distrito.

¹³ Categoria instituída pela Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006.

pedido da comissão. No ano seguinte (2018), pela primeira vez foi destacado um médico (cubano) para atender a comunidade.

No início, o médico atendia em Joana Peres três dias na semana, mas, no final do mandato do ex-prefeito Jadir Nogueira, trabalhava na comunidade apenas um dia na semana. Com a troca de governo, em 2021, inicialmente, foi mantida a presença do médico, bem como da enfermeira Audriane. Em 2022, o médico deixou de frequentar a comunidade, mas em 2023, por intermédio do Programa Mais Médicos, o prefeito designou outro profissional para atender permanentemente a comunidade. Ainda no começo de 2023, sob a gestão do atual prefeito, o Dr. Loca, a comunidade foi agraciada com uma voadeira para utilizar em casos de emergência e primeiros socorros. Essa conquista é de grande importância para a vila, no entanto, no período da noite não é permitida sua saída, ficando a comunidade desassistida em caso de ocorrências.

Atualmente, o posto de saúde de Joana Peres, é composto pelos seguintes profissionais: um médico clínico geral, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um vigia e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Com exceção do médico, todos os demais servidores são filhos do lugar e muito bem avaliados pelos comunitários.

De acordo com as informações obtidas através do site do Ministério da Saúde, a Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) da Comunidade de Joana Peres dispõe dos seguintes atendimentos:

Figura 12 - Atendimento ofertado pela (EACS) de Joana Peres.

CÓDIGO	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
159 - 004	Atenção Primária	Estratégia de saúde da família
111 - 001	Serviço de atenção integral em hanseníase	Serviço de atenção integral em hanseníase tipo I
119 - 001	Serviço de controle de tabagismo	Abordagem e tratamento do fumante
141 - 001	Serviço de vigilância em saúde	Vigilância epidemiológica
144 - 001	Serviço posto de coleta de materiais biológicos	Coleta realizada fora da estrutura laboratorial

Fonte: Ministério da Saúde/CNESNet, 2024.

O médico da comunidade realiza de 5 a 10 atendimentos diários, sendo que, contabilizados também os atendimentos prestados pela enfermeira, chega-se a aproximadamente 40 atendimentos, incluindo as emergências que surgem a qualquer momento, à noite ou nos finais de semanas. No entanto, de acordo com as informações da enfermeira responsável pela coordenação do posto, os medicamentos disponibilizados pela prefeitura não suprem as necessidades da comunidade. A boa notícia é que no Plano

Municipal de Saúde de Baião para 2022-2025, foi aprovada a proposta de construção de uma UBS na Vila de Joana Peres.

4 AS PARTEIRAS E OS PARTOS EM JOANA PERES: SABERES ANCESTRAIS EM TEMPOS ATUAIS

Falar de parteiras tradicionais na Amazônia é uma maneira de dar visibilidade aos saberes e ao protagonismo dessas mulheres em inúmeras comunidades tradicionais, onde elas, fazendo muito mais que partos, mantêm vivas culturas locais que resistem ao tempo e ao sistema excludente e racista responsável pela marginalização de diversas práticas ancestrais relativas à saúde humana. O valor cultural dos conhecimentos e das técnicas usadas por essas especialistas nos cuidados com a gestação, o parto e o pós-parto é tão alto que o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan) está em vias de registrá-lo como patrimônio cultural do Brasil (IPHAN, 2021).¹⁴ Já na abertura do dossiê de candidatura desse ofício ao título de patrimônio, lê-se que:

Parteiras tradicionais são mulheres mestras do ofício do partejar, detentoras de um repertório de saberes e práticas ancestrais acerca da gestação (pré-natal, parto e pós-parto), transmitido de modo doméstico e familiar, que, pelo seu caráter de sistema híbrido — devido ao cruzamento de matrizes culturais e epistemologias distintas — e aberto — por absorver novos e atuais elementos e referências —, traduz o complexo processo de construção da cultura brasileira (IPHAN, 2021, p. 13).

O ofício das parteiras, apesar de seu inegável valor, foi marginalizado, pois, como demonstrado no primeiro capítulo, desde o século XIX as práticas de partejar no Brasil passaram a ser outorgadas a sujeitos formados nas instituições de ensino formal, com base em conhecimentos de validade supostamente superior. Da mesma forma, os conhecimentos e os ofícios desenvolvidos por sábios conhecidos como pajés, cuidando da saúde da população de suas comunidades, foram silenciados e desvalorizados na história do povo brasileiro.

De fato, os pajés foram, durante séculos, associados a feiticeiros, termo usado por cronistas e missionários para se referir aos líderes e especialistas religiosos indígenas, no período colonial (VAZ FILHO, 2016). Apesar das perseguições empreendidas pela Igreja Católica e por autoridades civis (DEL PRIORE, 2009), no entanto, eles continuam fazendo parte da vida cotidiana das comunidades tradicionais no Norte do Brasil. Por isso, Vaz Filho (2016) os chama de “invisíveis e imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia”, expressão que emprega também para classificar as parteiras.

¹⁴ Universidade Federal de Pernambuco; Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. **Parteiras tradicionais do Brasil**. Recife, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/iphan/pt-br/assuntos/noticias/copy_of_Dossie_Parteiras_Tradicionais_do_Brasil.pdf. Acesso em: 14 abr. 2024.

Efetivamente, parteiras, pajés, benzedeiras e puxadores são personagens imprescindíveis para a manutenção da saúde em inúmeras comunidades amazônicas, entre elas as comunidades quilombolas, que agregam valores étnicos ao fazer tradicional enquanto expressão de fé e religiosidade, identificando o legado, a memória e a tradição de seu povo. É até frequente, que, nessas comunidades, uma mesma pessoa realize partos, curas, benzeções e puxações.

Nesse sentido, segundo Galvão et al. (2019), o parto assistido por parteira tradicional associa-se à espiritualidade e à natureza, envolvendo objetos, orações, cânticos religiosos e rituais, incluindo a utilização de ervas medicinais e da construção de vínculos afetivos com a mulher e sua família. Vale ressaltar, porém, que nem todas as parteiras são curandeiras e benzedeiras, ou vice-versa, entre elas existem aquelas que só realizam o parto e utilizam suas rezas ou orações apenas no momento da parturição, no entanto, existe outra que exerce as três funções ao mesmo tempo (SANTIAGO, 2019, p. 195).

Em Joana Peres, as parteiras em atividade têm trajetórias independentes das dos antigos pajés da vila, mas realizam puxações e atuam para além do partejar. Elas marcam inúmeras histórias de vidas – de tantas pessoas que ajudaram a vir ao mundo –, além da própria história da comunidade.

Neste capítulo, abordo as trajetórias de vida e as experiências das duas parteiras em atividade em Joana Peres¹⁵ na arte de partejar, demonstrando como elas participam do contexto local da saúde e descrevendo as habilidades e os saberes pelos quais são reconhecidas e valorizadas pela comunidade. Ao final do texto, teço algumas considerações conectando os relatos das entrevistadas com a bibliografia estudada nesta pesquisa.

4.1 As parteiras em exercício em Joana Peres

A mais idosa entre as parteiras ativa em Joana Peres é a senhora Benedita Ferreira Costa, de 73 anos de idade. Casada, mãe de seis filhos, ela nasceu e cresceu nessa comunidade e, desde sua juventude, ajudava seus pais nos trabalhos domésticos, na agricultura familiar e no extrativismo de castanha e borracha. Não teve chance de estudar muito, pois, quando era garota, a comunidade não ofertava ensino para que além da 3ª série. Na época, contava apenas com professores voluntários como a mãe da dona Marisa, vinda do

¹⁵ Os nomes de Ervira Viana e Dona Pagoa Magalhães também foram lembrados nesta pesquisa, mas elas já não atuam mais.

município de Cametá, que ensinava crianças e adolescentes a ler e a escrever; mais tarde, com professores que vinham da cidade de Baião para ministrar aula.

Figura 13– Benedita Ferreira Costa



Fonte: Autor, pesquisa de campo (2022).

Dona Benedita ou tia Bena, como carinhosamente é chamada, é filha de Zulmira Ferreira Ribeiro, descendente de nordestinos, e de Djalma Ribeiro de Cristo, de família paraense, oriunda do município de Cametá (Juba). Seus pais moravam a 30 km de Joana Peres, onde atualmente fica a comunidade de Anilzinho, na BR-422, no período em que cresceram os conflitos com os indígenas. Então, vieram morar em Joana Peres na década de 1920, e aí construíram a família que gerou Benedita mais 7 filhos. No total, foram quatro homens e quatro mulheres.

Durante sua adolescência, nunca passou por sua cabeça que um dia seria parteira. Não havia parentes próximos que exercessem esse ofício, nem oportunidades de contato com ele. Sua primeira experiência em partejar aconteceu quando ela tinha dezoito anos de idade e ainda morava com seus pais na Ilha Mariana, na década de 1960. Ocorreria uma circunstância delicada com a senhora Mariazinha, filha do compadre Jaca, ambos falecidos. Dona Benedita foi então incumbida de acompanhar Mariazinha a pedido do senhor Jaca, pois ela estava sentindo dores de parto fazia três dias. Ocorre que, durante a viagem para a cidade de Cametá, a parturiente teve o bebê.

Deu dor na filha do Seu Jaca, Mariazinha. Quando iria completar três dias, como se fosse hoje às 8 horas da manhã, ele bateu na casa do papai, chamou por três vezes: Djalma? O papai respondeu: oi. Ele disse: vem aqui mano, me ajuda que eu quero levar a Mariazinha, que ela está completando três dias hoje, ela está fraca, sem força e as assistentes dela foram todas embora. E para onde você quer levar mano? Quero

ver se levo para Cametá. Baião, naquela época, não tinha recurso né? Meu pai falou: meu irmão, quem você vai querer que vá daqui? A comadre Bena. Vou chamar ela. Ele me chamou e eu fui. Tá bem, compadre Jaca, vou lá primeiro. Cheguei lá, a situação dela era muito triste, buchuda não podia nem dormir. Conversei com a mãe dela, ela disse: não, minha filha, agora, ela não quer tomar nada, só quer dormir. Eu ainda falei: isso porque dos maus tratos que fizeram pra ela. Aí eu falei: eu vou levar ela, se Deus quiser ele vai mandar um barco pra nós ir. Porque o barco do seu Roxo era pequeno. Se arrumamos, quando nós vimos vinha se aproximando um barco, e nós já lá na beira do rio chamando, abanamos as mãos, as roupas, e o barco veio em nosso rumo. Quando encostou, ele disse: oi gente! Aí respondemos: oi. E o papai passou pra eles: de onde vocês são? Somos de Santo Antônio de Cametá, somos marreteiros¹⁶. Papai falou: você não pode fazer um grande favor para nós, tem uma senhora aí, e ela está sofrendo muito, hoje ela já tá completando três dias, sofrendo muito com dor pra ganhar neném e ainda não teve, e essa minha filha vai acompanhar ela. O homem disse: olha nós íamos para a casa do seu Roxo¹⁷, mas sendo assim, nós voltamos de novo, vamos levar ela. Aí tá, ajeitaram o barco, ataram a rede dela, peguemos um bagulhinho que ela tinha e fomos, viajamos, viajamos, quando chegou do Umarizal¹⁸ pra lá, eu fiz um chá pra ela de erva cidreira e erva doce, ela bebeu e dormiu, aí fomos embora. Aos poucos a feição dela ia melhorado, e seguimos viagem, quando nós avistamos Cametá umas 13h, ela falou: comadre Bena, me ajude, agora vou ter meu filho. Eu, sem experiência, eu falei para ela por três vezes: espera um pouco que já vamos chegar. Ela responde: comadre, filho não espera. Então pedi para os homens que estavam no barco abaixarem a rede ajeitei bem, sem demora a bolsa rompeu, e ela disse: comadre vou lhe ajudar e senhora vai puxando aí, até que nasceu a criança, era enorme a criança, uns 4 quilos. Me ensinou a cortar o umbigo, pediu para que eu segurasse em suas pernas e colocasse de cabeça para baixo, e até o momento pensei que estava com vida, mas já se encontrava morta desde o ventre de sua mãe. Essa foi a minha primeira experiência. (Benedita Ferreira Costa; entrevista realizada na Comunidade quilombola e extrativista Vila de Joana Peres, no dia 31 de outubro de 2022).

Ela conta que, depois dessa experiência, se perguntava: “será que vou ser parteira?”. Depois de seu casamento, já com vinte e cinco anos, a comunidade começou a procurá-la e, no decorrer do tempo, as pessoas foram tendo confiança e admirando o seu saber. Nascida em um lar católico,¹⁹ ela já sonhava como fazia os partos, como se fosse uma revelação divina, e dessa forma foi acumulando experiência, chegando a fazer até dois partos em uma mesma noite.

Muitas mulheres que faziam partos na época perguntaram pra mim? como é que você faz? Porque a mãe fica tão boa, não passa irregularidade²⁰, não sente febre, a criança não morre nas tuas mãos, por que isso? Eu falei: olha isso aí é só Deus que me ensinou, a prática foi Deus que me deu, nunca fui em um hospital dar assistência ou trabalhar lá. Toda vez que a mulher estava com dor, e a maioria era à noite, quando estava dormindo eu sonhava que já ia ter um parto, nessa hora já estava batendo aí (Dona Bena, pesquisa de 31/10/2022).

¹⁶ Comerciantes (também conhecidos nesta região como regatão) nessa época abasteciam os comércios da comunidade com produtos industrializados.

¹⁷ Comerciante da época que possuía uma pequena embarcação que não era coberta.

¹⁸ Vila do município de Baião que fica à 1h30min de Joana Peres.

¹⁹ Durante muito tempo ela exerceu a fé no catolicismo, no entanto, há mais de 12 anos, frequenta a religião protestante.

²⁰ Não fica com nenhum tipo de sequela depois do parto.

Diante das falas de Dona Benedita percebe-se que seus saberes estão relacionados com a fé no sagrado, pelo fato de não ter estudado em nenhuma escola formal, pois se é dotada de conhecimentos, os atribui a uma dádiva divina. Assim como é possível notar a disponibilidade e o seu esforço para atender às suas pacientes, como por exemplo, realizar duas assistências na mesma noite. Deste modo, ela diz que no decorrer de suas experiências até mesmo com seu próprio parto, aprendeu algumas técnicas que lhe ajudaram a aprimorar. Cita nomes como de Maria Chapéu e Dona Maria Grossa, parteiras experientes naquela época que passaram a seguinte instrução:

Quando a mãe está aperreada, que a criança já está mergulhando pra chegar, aí você faz o seguinte, espera bem já, com a mão bem oleada. Naquele tempo trabalhava muito com o talco né? Quando chegar aqui tu manda a mãe parar, aí você arreia aqui ele pega o bracinho, aí você pode pegar aqui que solta. (Dona Bena, pesquisa de campo 31 de outubro de 2022).

Com mais de 55 anos de experiência, dona Benedita já realizou tanto parto que perdeu a conta de quantas crianças ela ajudou a colocar no mundo, no entanto, afirma que até 1985, tinha um caderno onde fazia anotações, como o peso e o comprimento da criança. Naquela época já constavam anotações de mais de 60 bebês, mas, com determinado tempo, o caderno ficou preto e não deu mais para entender o que estava escrito. Em suma, ela acredita que já realizou mais de 300 partos.

Não tenho, porque em 85 eu tinha meu caderno, era cheio, eu já pesava, tirava relação, né? Pesava, media tudo, e depois, com um tempo quando eu fui ver o meu caderno pretou tudo. Igual o livro da parteira, nunca mais tive um livro de parteira que eu estudava lá também, estudava a abertura da criança da mãe né? E aí tudo isso eu fazia, mas depois pretou tudinho, ficou igual uma lama não compreendi mais, naquele tempo eu estava com mais de 60 crianças. Olhe lá deste aqui ó! (apontou para o seu neto de 18 anos de idade). Eu não sei meu filho quantas crianças eu já pequei, vou jogar no menos, mais de 300 crianças (Dona Bena, entrevista 31/10/2022).

Benedita Ferreira Costa fez parte do grupo de parteiras tradicionais do baixo Tocantins que, no início dos anos 2000, foram selecionadas pela prefeitura Municipal de Baião, em parceria com estado do Pará e o Ministério da Saúde, para receber capacitação através do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais. O órgão responsável, no município de Baião, era o Instituto de Desenvolvimento, Educação Ambiental e Solidariedade (Ideas/Baião/PA) (MS, 2010). De acordo com suas informações, o curso oferecia apenas as passagens, quando tinham que se deslocar até a cidade de Baião, e alguns materiais que a auxiliaram durante um bom tempo. Depois que encerrou a formação, não tiveram mais acesso asses suporte.

Quando participei daquele curso das parteiras, eles pagavam a nossa passagem para ir para Baião, somente isso, a passagem era barato né? Recebemos alguns materiais: a valise era muito bonita, muito forte, agora veio a tesoura (inox), mais o ferro que tem aí de colocar no cordão umbilical pra gente amarrar, né? Ou esperar a placenta, a trena, duas vestes, a farda, a minha era verde de manga comprida, uma capa de mangas compridas, um chapéu branco, dois metros de plástico grosso (usava na hora do parto) e muitas luvas. Isso foi o que nós ganhamos. Esses materiais só foram dados na época do curso, o governador era o Jader Barbalho, depois nunca mais veio nada. Trabalhei muito, muito, muito com esse material. (COSTA, entrevista 31/10/2022).

Figura 14 – carteira de identificação de Benedita Ferreira Costa



Fonte: autor (2022)

Dona Benedita sempre foi uma mulher guerreira, trabalhadora, junto com seu marido Honorato Costa e nunca dependeu do ofício de parteira para sobreviver. Criou todos os seus filhos cultivando roça e praticando a pesca artesanal e o extrativismo da castanha, da borracha e do cipó da mata, uma atividade peculiar em uma comunidade tradicional de sua época. O ofício de partejar era como uma tarefa extra, feita com muita responsabilidade e amor ao próximo.

Eu amo o meu trabalho. É um trabalho arriscado, é um trabalho, como vocês sabem, que não é bom, mas eu acho essa área, para mim, muito boa. Eu queria trabalhar uma semana aqui em Baião ou em Tukurui²¹, ia mostrar para eles como é que se faz um parto, sem padecer a mãe (Benedita F. C. Pesquisa de campo 31 de outubro de 2022).

Aqueles que reconheciam o seu trabalho lhe recompensavam de algum modo, mas ela jamais estipulou valor para seus clientes. Assim sendo, se deparava com três tipos de públicos. Havia aquelas pessoas que, devido a dificuldades financeiras, não tinham condições para lhe recompensar. Às vezes, a paciente doava, por exemplo, uma roupa, ou assumia a lavagem de roupa para ela no pós-parto. Infelizmente, segundo ela, existia uma parcela da clientela que a enganavam, diziam que iam acertar pelo serviço em outro momento e por isso ficava. Vale ressaltar que os maridos das parturientes eram os responsáveis por acertar com as

²¹ Cidades do baixo Tocantins que são próximas da Vila de Joana Peres.

parteiras pelo trabalho prestado. O último grupo de pacientes era o das pessoas que a remuneravam, e agradeciam por seu trabalho e todo cuidado com a mãe e bebê.

Dona Benedita e seu esposo são aposentados por idade e vivem de benefícios atualmente, mas ela dedicou uma vida toda atendendo chamado de pessoas que precisavam de sua habilidade, que não se limitava a parturição, mas envolviam a puxação da barriga das grávidas, garrafadas feitas de remédios caseiros para mulheres, puxação de rasgadura e distensão muscular, entre outros socorros. Ela não atendia apenas em Joana Peres, mas o fazia no km 70, 80, na Fazenda Capixaba, na BR 422, em Seringa, Açú, Jacundá e Beiradão (Fazenda Martins), entre outras localidades, realizando parto e os cuidados com a mãe e o recém-nascido.

A segunda parteira da comunidade é a senhora Ana Laura Dias Vieira, de 51 anos de idade, que nasceu no município de Cametá e veio morar com seus pais em Joana Peres, quando tinha 16 anos de idade, em 1988. Seus genitores eram humildes, trabalhavam em roça, com criação de pequenos animais (galinha e porco), praticavam a pesca artesanal de subsistência e o extrativismo. Desse modo, Ana Laura Dias aprendeu desde muito cedo a cuidar dos trabalhos domésticos e da roça ajudando a sua mãe e nos trabalhos. Possui a 2ª série do Ensino Fundamental, e é alfabetizada (sabe ler e escrever), contudo, não teve chance de progredir em seus estudos.

Figura 15 – Ana Laura Dias Vieira



Fonte: Telminha (2023)

Conheceu o seu o seu esposo Tadeu Viana, filho do lugar, e juntos tiveram oito filhos. Seus partos foram todos normais e assistidos por parteiras da comunidade, inclusive a dona

Bena foi a parteira da maioria de seus filhos. Ela se descreve como uma mulher de bom coração, trabalhadora, que nunca teve uma vida fácil, mas, com garra, ajuda de seu esposo e de Deus, conseguiu criar todos os seus filhos. Para garantir o sustento de sua família, trabalhava junto com seu marido em roça, praticando a pesca artesanal, confeccionando artesanato (paneiros feitos de ambé e timbuí), e a coleta da castanha do Pará. Informa professar a fé católica e acreditar nas interseções soberanas de Deus, e na ajuda dos santos, que, durante o trabalho de parto, são grandes aliados.

Vive hoje dos trabalhos de roça, benefícios e criação de bovinos. Jamais passou por sua cabeça que seria uma parteira, mas lembra que tinha uma bisavó e outros parentes mais distantes que exerceram o ofício. Sua primeira experiência em partejar aconteceu em um momento inesperado, quando foi visitar sua cunhada que estava com dor para ganhar neném. O esposo da parturiente foi chamar a parteira, que era a Dona Benedita, mas enquanto ela não chegava foi necessário ajudar a sua cunhada a ter o seu bebê.

Eu não lembro a idade que eu estava, né? Mas foi duma cunhada minha, quando o pai dela foi buscar, inclusive era a tia Bena que fazia o nosso parto naquela época, quando ela chegou já tinha pego o menino. Cheguei lá ela estava com dor, né? E aí eu peguei lá a criança já estava encruada já pra nascer. Aí não tive como eu deixar de não estender a mão daquela criança que já estava naquele momento, né? Aí foi assim. Da segunda vez, já tive mais aquela experiência, né? Também foi com outra cunhada, deu a dor nela e ela não quis ir pro hospital e aí eu pensei: vai ser eu mesmo pra fazer tudo né? E fiz o parto dela e a criança nasceu bem? Ela estava na cidade lá dentro de Baião, mas não quis ir pro hospital. Aí quando foram buscar a ambulância, que estávamos na casa da Antonete do Cláudio, o bebê já tinha nascido. Daí em diante foi indo né? Uma coisa que não foi estudado, ninguém me ensinou, foi Deus mesmo que me deu este dom né? Foi ajuda que Deus me deu pra mim ter esse entendimento, pra mim saber pra mim ter essa sabedoria, né? Pra mim poder ajudar as pessoas, as mulheres (Ana L. D. Vieira, pesquisa de campo. 08/03/2023).

Observa-se nas falas de dona Ana Laura que a arte de partejar começa a fazer parte de sua vida, quando se deparou com uma situação que não lhe deu alternativa, a não ser ajudar a sua cunhada que estava em trabalho de parto. Agora, a bagagem que traz consigo advém, em parte, de sua própria experiência com os partos normais que teve, assistidos por parteira tradicional. De outra parte, é uma experiência adquirida no meio social, típico de comunidade tradicional, onde, quando alguém da família ou vizinha está em trabalho de parto, a pessoa vai até ela para ajudar ou assistir ao parto. Com isso, quando a pessoa se depara com uma situação dessa natureza, ela vai contribuir para que a realização do parto ocorra com sucesso, mesmo que nunca tenha feito isso antes. Embora haja, naturalmente todo um nervosismo, por ser a primeira experiência, mas já sabe realizar os procedimentos de um parto, cortar umbigo etc.

Ana Laura, já assistiu 35 partos, todos de mulheres de Joana Peres, os últimos ocorridos no final de 2022 e no começo de 2023.

O último foi da Kelly, esse ano agora mesmo de fevereiro. Olha só, agora esse mês deixa ver, dezembro eu peguei da Camila, janeiro fui dar filha do Antônio que é mulher do Dioleno, da esposa do Rubico e a da Kelly, até agora no mês de fevereiro já são quatro este ano. (referência)

Com esse relato, fica evidente que a comunidade de Joana historicamente preserva o seu patrimônio cultural no que diz respeito aos cuidados com a gestação, parto e pós-parto realizado por parteiras tradicionais, e mesmo que as gestantes sejam encaminhadas para médicos durante a gravidez, muitas preferem dar à luz em sua residência.

Nota-se, nos dois casos apresentados, que ser parteira não é uma questão de escolha, e sim um ato motivado por razões culturais, circunstanciais, fé e coragem. Culturais por fazer parte do meio social em que elas estão inseridas; circunstanciais porque é movido pelo desejo de ajudar alguém que está necessitando; e ato de fé e coragem porque esses dois componentes se auto e retroalimentam, pois são imprescindíveis no momento do parto. Como percebemos com a dona Benedita e dona Ana Laura, foram os momentos que vivenciaram que lhes proporcionaram o caminho para serem parteiras, e, a partir daí, foram aperfeiçoando suas experiências com outras parteiras e até mesmo com seus próprios partos.

4.2 Saberes ancestrais em ação

4.2.1 Gestação

Identificar se uma mulher está grávida ou conhecer o sexo do bebê, atualmente, é uma tarefa simples que pode ser realizada com um auxílio de um teste de gravidez encontrado nas farmácias ou com um exame de ultrassom. No entanto, nas comunidades tradicionais, esse diagnóstico continua sendo realizado, para muitas mulheres, pelas mãos das parteiras. Em função de suas experiências, essas mulheres são capazes de confirmar se a paciente está grávida ou não, e, se a gravidez for confirmada, dizer quantas semanas ou meses tem a gravidez, e, ainda, qual é o sexo do bebê.

Porque tem muitos que vem aqui ver, que dirá menina nova, ela fala: dona Bena parou pra mim, já vou fazer dois meses. Tá, bora ver minha filha, eu vou sabuo²² bem aí eu vou e eu pego lá, vou ver aqui tudinho. Minha filha tu está grávida e tudo do jeito que vai dar é mulher. Se for o calanguinho²³ já falo que é homem. Por isso que a gente conhece. A mulher de um lado, o homem do outro lado. Aí minha filha

²² Alguma gordura que ajude a facilitar a massagem.

²³ Está se referindo ao formato do feto no ventre da mãe.

está no feto, não faz tanta coisa porque a criança que está no feto que está gerando. Qualquer coisa que dá, né? Ele pode arrear, ele pode dilatar. (Benedita F. C., pesquisa de campo 31/10/2022).

Observa-se, que graças à prática de algumas técnicas desenvolvidas pelas parteiras, através de toques das mãos, é possível identificar a localização da criança na barriga e o sexo do bebê. Além disso, da fala de Dona Bena se depreende que, uma vez certificada a gravidez, a parteira já faz recomendações para que a futura mamãe tenha alguns cuidados imprescindíveis na gestação, para evitar abalar a criança. No entanto, a forma que elas identificam o sexo da criança pode variar de uma parteira para outra, como constatei nas falas da parteira Ana Laura.

Olha isso aí é assim: nem todas vezes que eu digo né? Vamos supor, é menino, é uma menina, nem todas as vezes a gente acerta, às vezes eu falo que nem o doutor não sabe que tão olhando lá no aparelho, às vezes eu brinco aqui com o pessoal, eles venham, né? E aí dona Ana, o que é meu filho? Eu falo assim: minha filha, vai bater ultrassom, que a ultrassom tu está vendo. Ai a cliente responde, mas tia Ana! Às vezes a senhora entende melhor! Não, vá lá bater o troço! E, às vezes, assim, eu adivinho né? Pela barriga, quando é menina, a barriga é redonda, quando é menino, a criança fica meio tipo compridinha na mulher, aí eu já percebo por aí. Mas também tem às vezes que ela engana entendeu? Às vezes ele engana a gente, igual como engana os doutor, porque às vezes eles vão ter, na hora é homem, né? É assim (ANA L. D. VIEIRA, pesquisa de campo, 08/03/2023).

Algumas técnicas envolvendo a puxação da barriga da gestante, não se recomenda que se realizem nos primeiros meses de gestação, nessa primeira fase é possível saber apenas se a mulher está grávida ou não; é indicado que possa ocorrer dos cinco meses em diante, pois antes desse período essa prática pode causar algum tipo de problema na criança que está sendo gerada no ventre. Desse modo, entende-se que a puxação da barriga, deva acontecer no período certo e de forma correta, do contrário, pode colocar em risco o desenvolvimento ou até mesmo provocar a perda o bebê.

Geralmente de cinco meses, porque no começo logo só dá pra saber se tá mesmo né? Às vezes a gente nem percebe que tá grávida entendeu? Vamos supor um mês, um mês não dá pra gente tupar uma criança, só está às vezes a pente cheia né? Então já de três meses diante, dois meses pra três meses já dá da gente tupá né? A gente não vai ficar revirando pra cá pra, colá, porque é uma coisa que ali tá se gerando, aí então constantemente dá pra gente dobrar uma criança se tiver sentado é de cinco meses em diante, a gente já dobrar (ANA L. D. VIEIRA, pesquisa de campo 08/03/2023).

Em uma época em que as mulheres não realizavam exames pré-natais nem tinham acompanhamento médico, as parteiras tradicionais assumiam em suas comunidades atribuições para realizar os diagnósticos sobre as fases da gravidez, pois além das puxações das barrigas, forneciam recomendações sobre o que as pacientes poderiam fazer e o que não era permitido, inclusive instruções sobre problemas típicos das grávidas. Nesse sentido, elas

receitavam remédios eficazes para suas pacientes. Dona Benedita conta que sabe quando uma mulher está anêmica, por exemplo, no olhar, e aquelas que apresentavam sintomas de enjoo, fraqueza, falta de apetite entre outros, recorriam as suas receitas.

Sim, não carregar peso na cabeça, para não dilatar criança, seja do tamanho que seja, como a filha da minha sobrinha que perdeu o seu filho ela carregou um enorme de carote com água, e perdeu o filho Tudo isso eu falava assim, aquele tempo a maior parte que eu peguei não fazia pré-natal. Quando alguém fala assim: ah, dona Bena, eu passei muita regularidade, não comia, era muito enjoo e eu não tinha paradeira, cuspi muito, não comia, só alguma coisa líquida. Aí eu mandava ela falar pro marido comprar o bentônico, né? Pra ela tomar, que ela ia endireitar, ela ia comer bem, ia passar logo bem na gestação dela. Era mais do que eu passava para essas mães. Então o meu conhecimento é assim, eu sabia. Quando eu falava: olha, tu está com um pouquinho de anemia, não fazia pergunta e mandava logo ela comprar o mattiazzi²⁴ pra ti, aquele tempo tinha. E agora eu ensino, manda comprar alga inglesa, antes de tu ter pra estar no canto, e manda comprar o tônico dos parturientes pra tomar logo na gestação e vai tomar depois, interna eles dois pra tomar misturado, que o tônico dos parturientes está lá, é vitamina não sei o quê e a mulher está lá bonita, e! Esse remédio é para mãe, porque a mãe depois de engravidar aquele tanto de sangue, a criança toma de conta é, e tem criança que vai pro depósito que exige muito mais da mãe, então é dessas que não se resguarda, não se cuida, né? E fica inchada, ficando todos problemas. (Benedita F. C. pesquisa de campo, quilombo da Vila de Joana Peres, 31/03/1de março de 2022).

Há casos de mulheres que, ao consultarem o médico, são informadas que seu bebê está de mau jeito na barriga, por esta razão, procuram as parteiras da comunidade para verificar e puxar. Por causa de sua experiência em massagear a barriga da gestante, a parteira em geral consegue deixar a criança no lugar. Essa técnica exige habilidade para não afetar o bebê, como explicou dona Benedita.²⁵

Muitas mulheres que vêm aqui, tanto daqui como de fora, diz assim: fui lá com o doutor, falta dois meses pra me descansar. Ele falou que o meu filho está sentado. Tá, eu vou sabuo bem a coisa, e falo: é minha filha, o teu filho está de bonda²⁶, a cabecinha ainda está pra cá. Aí eu vou já ajeito bem pra com a bundinha com os pés. Eu deixo ficar os pés, eu junto tudo e dois pés. Aí eu já coloco a cabecinha já levo pra cá e a bundinha que foi pra cá, bundinha na frente, os pés pra cá, aí eu já levo assim ó, mas bem devagar mesmo pra não fazer nada nenhum abalo nele, nem na placenta, e em nada, porque a criança se gera na placenta. Uma criança se gera na placenta, éh! (Benedita F. C. pesquisa de campo, quilombo da Vila de Joana Peres, 31/03/ 2022).

Na comunidade tradicional é comum acontecer caso de gravidez em que a filha não quer que o pai e mãe saibam que ela está grávida, principalmente quando o parceiro não assume o filho, então ela tenta esconder a barriga de todo jeito. No entanto, chega um determinado período que não dá mais para ocultá-la, pois começam a apresentar características físicas diferentes do seu corpo, dores no corpo, dores nas pernas, inchaço entre outros sintomas. As parteiras da comunidade, às vezes eram convocadas para fazer esse

²⁴ Vitamina B12, bastante utilizada para mulheres grávidas que se encontrava anêmica.

²⁵ Enquanto explicava como faz essas manobras para girar uma criança no ventre da mãe, ela ia fazendo gestos com o corpo e com as mãos.

²⁶ Uma criança está de bonda, quando ela está de posição contrária na barriga da mãe, ou seja, de pé.

diagnóstico ou cuidar da suposta enfermidade, e ao chegarem diante da paciente descobriam que os sintomas apresentados eram decorrentes de gravidez. Nesse sentido, acaba sendo um momento constrangedor para a parteira, visto que, é necessário revelar toda a verdade para os pais, e conseqüentemente, a gestante fica furiosa com a parteira.

Uma certa vez aqui na Vila, o pai de uma jovem mandou me chamar que ela estava ruim, ruim de dor nas pernas, dor, dor, aqui tudo, os dois lados insuportáveis, ela andava, gritava, chorava tá. Aí ele falou: vai atender ela, eu fui, estava até chuveirando né? Aí tá, quando eu cheguei lá, “entra Bena”, o pai dela, a mãe, “entra dona Bena minha filha está ruim aqui”. Eu falei: de quê? Ah, dona Bena ela não pode nem andar quase, as pernas dela, dor, dor nas pernas. O que vocês querem que eu faça? Para a senhora puxar. Tá, bora lá pra dentro. Me levaram lá pra dentro, ela deitou na cama, ela puxou a bermuda, e aí meu filho na hora que foi pegar ela falou: é aqui mentirosa, e eu falei isso aqui: você está grávida. Ela falou: a senhora é mentirosa que isso aí em mim é um cisto, tá. Levanta ela, aí eu peguei foi lá dentro para o fogão, chamei o pai e mãe dela, e disse: arruma tudo o que é da tua filha, põe no barco, e leva ela pra Baião (cidade), ela já vai ter filho, ela não vai ter agora, agora, agora, mas quando for umas cinco horas da manhã ela vai ter. Olha! E eu tive o meu nome de mentirosa, eu nem puxei a perna porque eu logo fui ver aqui é menina nova primeiro filho né? Fica tudo na pente²⁷, conheci logo, nem puxei também ela, não vou dizer mentira, só peguei assim, falei pra mãe dela que estava sentada, minha filha ainda nem puxei a perna dela, isso aqui tudo é criança que ela vai ter filho. “A senhora é uma mentirosa, fique sabendo que isso aí é cisto”. Eu falei: bom minha filha, se for cisto tu vai ter. Se arrumarem e foram, quando chegaram lá vem a menina. (Benedita F. C. pesquisa de campo, quilombo da Vila de Joana Peres, 31/03/2022).

Nota-se que, quanto mais partos a parteira realizar, mais ela vai acumulando experiências no que diz respeito ao seu ofício ao ponto de serem capazes de realizar diagnósticos assinalando o dia que a mãe vai descansar (ter seu bebê) e conseguem acertar outras questões envolvendo o parto, e quando as pacientes estão com dúvida e ao procurarem os médicos é confirmado o que foi dito por elas. Observa-se que Dona Benedita é uma mulher dotada de muito conhecimento com relação aos cuidados com a gravidez, suas previsões sempre são confirmadas pelos médicos.

Quando a minha filha estava grávida a mais velha das mulheres, lá em Tucuruí, eu estava pra lá e ela falou assim: mamãe, mandei lhe chamar, que minha filha só fica errada pra cá. E daí ela veio do emprego, mandei ela tomar um banho e eu fui ver, eu falei: não minha filha, isso não é bem assim, não tem problema com a tua criança, tu tem o colo torto, e tu não tem passagem, tu nunca tem abertura minha filha. Lá vem a mamãe com essa! Como é que a senhora pega dessas meninas? Não minha filha, mas aí tu não tem, só é faca²⁸. E ó! Ainda queria brincar lá em Tucuruí. Eu falei: minha filha, vai, pode pegar o carro e ir embora ainda passou dois dias lá, foi tirado a criança. A mesma coisa falou o doutor de Baião, um grandão, aí ele falou pra ela, quem é sua mãe? Ela está lá no interior, o que tu quer que eu faça? Tu quer que eu te desligue logo? O teu colo é curto²⁹ e tu não tem passagem. Pra te ter outra, essa já é

²⁷ Região pélvica, onde localiza-se o útero feminino.

²⁸ Expressão utilizada no sentido figurado significando cirurgia.

²⁹ O colo curto é uma condição na qual o colo do útero da mulher grávida é mais curto do que o normal, geralmente medindo menos de 2,5 centímetros de comprimento (PACHECO 2021).

a segunda filha. E aí pode dar umas coisas, um problema contigo. Aí ele falou: tu tem pouca água, não tem depósito de água, tudo isso. Assim como eu falei, ele falou lá pra ela, e eu ainda conheço tudo isso, tenho conhecimento da água, do depósito da criança, do feto quando tá gerando, né? (Benedita F. C. pesquisa de campo, quilombo da Vila de Joana Peres, 31/03/2022).

Outro caso parecido com esse aconteceu com a sua sobrinha que estava no mês para ganhar neném e fazia acompanhamentos médicos na cidade de Baião. Quando faltava uma semana antes de viajar para a cidade, ela foi até a sua casa para puxar a sua barriga e durante as massagens constatou que a criança não estava na posição certa. Depois de colocar na posição disse a sua sobrinha como estava a situação do bebê e quando ela ira ter. E tudo aconteceu como ela previu, mais uma vez reafirmando a sua experiência quanta as previsões.

Eu rodei um filho de uma sobrinha minha, era umas oito horas do dia neste quarto aqui (apontou para dentro de sua casa), ela falou: titia, já vou para Baião de madrugada, que era sexta feira. Eu falei: minha filha, o teu filho está bem minha filha, eu já rodei, tu ainda não vai ter, tu vai ter essa criança se tu não quiser mandar tirar. Não senhora, respondeu ela. Eu falei: então se tu quiser esperar que com certeza tu só vai ter daqui com seis dias. Se tu quiser ir quarta-feira tu vai, lá para a casa do seu tio. Ela disse: Tia Bena! O doutor falou... Quando o médico que acompanhava ela e o bebê dela foi examinar, ele disse não te falei que quando o bebê estivesse próximo de nascer ele ia virar? Depois que ela me contou isso, mas ela não deu o meu nome. Em vez de ela falar assim: não doutor, não é bem assim, fui a minha tia parteira que dobrou pra mim, quinta-feira era pra mim vim pra cá, mas ela não deixou eu vim porque ainda não era pra mim ter. Mas não, tudo isso se perdeu por mim, né? Então ela poderia ter dado essa palavra de conforto. Olha quando, quando foi sábado deu dor nela, que tiraram. E ela falou: mas tia Bena, tudo que a senhora falou, deu tudo certo. (Benedita F. C. pesquisa de campo, quilombo da Vila de Joana Peres, 31/03/2022).

Como o avanço da tecnologia, da biomedicina e com o acesso ao SUS, as grávidas da comunidade são orientadas pelos profissionais da saúde local a procurarem os hospitais e realizarem o pré-natal e parto. Inclusive, as próprias parteiras orientam suas clientes a fazerem o mesmo. No entanto, mesmo diante da desvalorização de seu ofício por parte da medicina moderna (biomédica, tecnicista) quanto aos seus saberes, algumas parturientes na comunidade mandam chamá-las para assistirem seus partos.

Às vezes é assim, vem aqui mulher que diz: ah eu não quero ir pra Baião (cidade), eu digo: não mana, vai pra Baião. Olha! Eu sou apenas uma pessoa que no caso Deus me deu esse entendimento, mas os doutor são melhor, né? Os doutor é melhor, então procura o posto de saúde ou vão pra Baião, porque lá vocês estão seguro, lá vocês estão na mão do doutor. Ah não! Esse último que peguei né? Ela disse: tia Ana, nem fale, se eu soubesse que era assim desse jeito pra ter em casa nem o primeiro não teria no hospital. Aí eu falei assim: é, mas só que no hospital já é outra coisa, no hospital se precisar mesmo, né? Deu alguma coisa, lá tem tudo, né? E aqui não, aqui a gente tá na mão de Deus, nem só a grávida, como eu, né? Porque eu ali só tenho mesmo é que pedir muito a Deus que dê tudo certo, né? (ANA LAURA DIAS VIEIRA, parteira Tradicional, pesquisa de campo, 08/03/2023).

4.2.2 Parto

Auxiliar a mãe a dar à luz uma criança não é uma tarefa simples para as parteiras, exige coragem, técnicas, muito conhecimentos e ainda contar com a proteção das divindades. Em razão disso, a gravidez deve ser acompanhada pelas parteiras ou médico/médica obstetra para evitar que a mãe e o bebê sejam colocados em risco; ainda assim, há casos observados de mulheres que não procuram as parteiras para realizarem o acompanhamento (puxar a barriga orientar etc.) Durante a gestação, no entanto, quando estão com dor de parto, mandam chamá-las, nem por isso elas se negam a dar assistência.

A criança que já está jogando coiso da bolsa e a criança ainda não baixou nada, eu mando levar porque ela vai ser tirada. Porque a criança que a mãe vai ter normal, pode ver aqui chega estar só desse jeito mesmo. Mas desse que barriga está sem mexer nada, não tem dor e está vindo, encaminhando logo. E quando chega lá é mesmo só faca (Benedita F. C. pesquisa de campo, quilombo da Vila de Joana Peres, 31/03/2022).

Dona Benedita conta que alguns partos que realizou aconteceram durante as viagens de descolamento para o hospital de outra localidade, pois às vezes a criança demorava nascer e os pais, em dúvida, solicitavam o concurso da parteira que os acompanhava. Durante a viagem a criança acabava nascendo. Ela diz que nunca impediu os pais ou responsável da paciente de procurar recurso a médicos, mas antes fazia a sua avaliação e dizia o que estava acontecendo, que a decisão para saírem com a filha era deles, mas que estava tudo bem com a mãe e criança e, mesmo assim, decidiam levar e ela os acompanhava.

Tive uma jovem, mandaram me chamar, eu cheguei lá, eu falei para a mãe e o marido dela: se vocês querem que eu leve essa menina pra Baião, eu levo, mas está aqui à criança, ela não tem problema nenhum. *Só falta chegar a hora do puxo pra criança se soltar*³⁰. Mas vocês querem ir? Eu acompanho. Aí eu falei: vamos embora, mas essa menina vai ter filho no barco. Foi dito e feito, e muitas e muitas vezes. Teve outra que eu peguei no carro, a mãe dela não queria que ela tivesse aqui, eu fui acompanhar no carro e ela teve de viagem. Eu sempre falava assim: gente eu não obrigo ninguém pra me aguentar com a paciente aqui não. Vocês querem sair vumbora, porque se era pra sair porque não saíram logo, né? Que eu, vocês nunca me contrataram! Muito difícil! “Não, dona Bena, então vamos embora”. Teve outra que cheguei lá, tinha aquela mulher enfermeira que trabalhava aí no posto de saúde, ela pegou muita prática comigo. Aí eu falei para o pai e a mãe dela: tua filha não tem enrasque nenhum, ela tem só dor. Ainda não abalou com a criança. Mas se você quiser levar ela pra Baião ou Tucuruí, vocês podem levar. Eu não fui contratada, eu nunca puxei ela, tudo isso eu falo. Aí o pai dela falou: não tia Bena, ela não quer ir. Ela falou que quer ter aqui, então eu disse não, eu estou falando, pois é o primeiro filho dela, e aí tem gente que está só aí pra dizer vai levar, vai levar³¹. Eu tenho visto muito isso aqui. Tenho ouvido muita gente falando assim: leva a tua filha, porque

³⁰ A hora do puxo é o momento que parturiente sente uma espécie de cólica parecida com o período menstrual, esta antecede a hora que a criança nasce. Cientificamente é conhecido como contração, quando acontecem esses sintomas é sinal que o bebê ira nascer.

³¹ Refere-se às pessoas das comunidades tradicionais que acompanham a mulher que está com dor para ter filho, como parentes e vizinhos. Além de acompanhar, eles sempre dão opinião.

está custando o filho dela. Mas a pessoa não sabe, a mulher está passeando por lá, né? Vai comendo, bebendo, tem mulher que até dorme. Né? (Benedita F. C. pesquisa de campo, quilombo da Vila de Joana Peres, 31/03/2022).

Além da notória sabedoria de Dona Benedita, vale ressaltar a sua disponibilidade em prestar assistência aos seus pacientes, pois quando os pais ou responsáveis decidiam viajar para cidade em busca de atendimento médico, ela estava pronta e acompanhava a parturiente, não importava a hora, deixando a sua família, seu lar e seus afazeres para tranquilizar a paciente e sua família. Contudo, em muitas dessas viagens não recebia nenhuma remuneração por seu serviço, apenas o custo da passagem; ela conta que algumas vezes chegou a gastar do seu próprio recurso, mas afirma que fazia tudo por amor.

Quando eu viajava, a ajuda que recebia só era a passagem mesmo, nunca recebi nada de governo nenhum, e até as mulheres que eu tenho levado daqui nunca, até hoje. Até as pessoas que eu tenho levado daqui, certa vez, tinha uma mulher com dor aqui, vieram me chamar, cheguei lá, eram umas três e pouca, aí eu falei pra mãe dela: o que é ela tem? Ela falou: dona Bena ela está desde cedo, jogar aquela água só o sangue, e aí eu fui verificar ela, não estava fazendo barulho nenhum. Me deram álcool, água, lavei bem a minha mão, e fiz o toque nela e disse pra a família dela, te arruma e leva essa mulher. Não dona Bena, se a gente se arrumar a senhora vai? Eu falei: vou! Nós lhe paga. Eu fui em casa, peguei um dinheiro, meu tostãozinho, aquele tempo qualquer dinheiro era dinheiro né? Aí eu fui embarcamos, cheguemos lá e eu que fui levar, eu tinha carteira de parteira, apresentei, eu tenho uma paciente aqui muito seríssima, de gestação, mas ela não tem dor pra ganhar neném, eu cheguei lá de madrugada já avisei pra trazer ela pra cá, porque ela está urinando só sangue e eu creio que vocês operem ela pelo divino amor de deus, porque quem faz o parto dela todinho sou eu, e é perigoso e esse está por demais. Mentira! Não fazia só eu, peguei só uns três. E aí eles foram verificar e disseram, vai ser tirado à criança. Olha, nenhum da família não me deu nenhum agradecimento meu filho, pelo menos pra dizer, dona Bena quanto foi o seu trabalho? Senhora foi daqui com nós passando fome, né? E eu fiquei com um chope, o dia inteiro chupando chope. Então meu filho, só amor mesmo pra acompanhar como eu. (Benedita F. C. pesquisa de campo, quilombo da Vila de Joana Peres, 31/03/2022).

Ao serem chamadas antes da realização do parto, as parteiras realizam o seu diagnóstico para saberem como está a situação da criança, e quando já está tudo encaminhado para nascer, a parturiente passa por um momento de insegurança. Nesse momento, as parteiras transmitem palavras motivadoras que são capazes tranquilizar suas pacientes, principalmente aquelas que estão passando pela primeira experiência de parto. Assim, transformam o ambiente, tornando-o mais descontraído e leve, colocando-se à disposição para aguardar o tempo necessário para acontecer a parturição e dar apoio à família da mulher que está prestes a dar à luz.

Pra mim é assim, quando eu vejo uma mamãe que procura eu, né? Primeiramente Deus, que eu vou lá, eu só vou apurar, vê como é que tá, vou sondar né? Aí eu falo: olha minha filha, tu vais ter tal hora, não te preocupa, falo com aquela confiança, né? Não te preocupa com esse puxadinho que ainda não é nada, quando for eu sei e não te preocupa. Quando arrancar o puxo tu não vai supor rir, não colocar nada na boca, nem beber nem água, é! Que a hora é da criança. “Tá, tia

Bena”. E tem mulher, que eu nessa minha carreira que Deus me deu pra mim cuidar das mulheres e das crianças, já peguei muito, muito, muito empurrão. Certa vez mandaram me chamar que tinha uma jovem com dor para ganhar neném, aí tá cheguei lá, falei pra ela: vou fazer um chá pra ti pra refrescar a passar na tua barriga. Tá, Tia Bena! Quando fui das duas horas pras três, eu disse: olha vai custar o filho dessa menina, não sei o que está acontecendo com essa menina, não sei se é moleza, eu não posso dar nada, não me comprometo a fazer nada. Eu não posso pegar um remédio pra ela beber sem ser na hora né? Aí tá, foi, foi, foi, quando deu quatro e meia pras cinco. Aí quando vi, ela começou: tia Bena, tia Bena! Falei pra ela: não te aborrece³², fica na tua minha filha, é assim mesmo, aconselhava, mandava a menina que estava lá limpar ela, mandava ela enrolar o cabelo e aí quando lá vem o filho dela, a criança quando vem, vem com muita força, e aí ela meteu o pé nisso meu aqui (apontou para o seu peito). Aí depois do parto tudo, porque eu todo tempo asseava a mãe, todo tempo aguentava a água, pra mim poder cuidar da criança pra botar ela na rede ou na cama. Antigamente era mais na rede. E aí que eu ia cuidar da criança. E depois que tudo estava calma eu chamei atenção dela, eu falei assim: não faz isso, nem tu nem outro. Eu não estou obrigado a receber tudo que o meu paciente quer fazer. Tu quase me joga, né? Tudo isso aconteceu comigo. (Benedita F. C. pesquisa de campo, quilombo da Vila de Joana Peres, 31/03/2022).

Observa-se que mesmo com as instruções dadas antes do parto, quando chega a hora exata de nascer a criança, há casos de mulheres que se desesperam e apresentam diferentes reações. De acordo com as falas acima, dona Benedita já sofreu alguns atos violentos que a deixaram constrangida e triste, visto que, além de realizar um trabalho sem valorização ainda tem que passar por momentos como esse. Entretanto, o parto tem hora específica para acontecer, e não há necessidade que a mulher fique fazendo força desnecessária.

É assim, uma criança nunca nasce sem a bolsa se romper, entendeu? Aí se eu chegar na casa de uma mulher, aí eu for puxar ela, eu perceber que ela não esteja enrascada, eu nunca dou toque na mulher dizendo assim, deu a dor vem me buscar, eu já dou o toque, não tá enrascada, não tem porque dar toque não, né? Aí cheguei lá, a mulher tá enrascada, tá? Então bora ver como que é que tá essa criança, aí se a criança já tiver próximo, né? Uma criança nunca nasce sem chegar o horário dele. Quando chega aquele horário ele vem, vem mesmo que não tem quem entendeu? É o momento dele mesmo, se a criança não está próxima, agora eu vou fazer uma mãe ficar ali se acabando fazendo uma força pra quê? Não adianta nada eu vou fazer enfraquecer a mulher e a criança não nasce. Quando chegar o momento da criança nascer à mulher já está acabada. Mas nem todas que rompe a bolsa nascem logo a criança, nem todas as mulheres são igual, e também nem todos partos são igual, mas tem mulher que quando rompe a bolsa, a criança logo atrás também já está vindo criança, e tem mulher que quando a bolsa rompe passa um negócio de quinze, dez minutos às vezes até meia hora pra poder nascer aquela criança, diferença. (ANA L. D. VIEIRA, pesquisa de campo, 08/03/2023).

Um dos sinais antes da criança nascer é o rompimento da bolsa, no entanto, ainda que seja um parto normal, há variações de tempo para o nascimento de um bebê para outro. De acordo com a parteira Benedita, já aconteceu da bolsa romper, a paciente sentir dor, e como era distante da vila, terem vindo buscá-la, mas, chegando ao local a criança ainda não tinha nascido, devido à força que ela tinha feito em momento errado. Foi então que, com sua sapiência e com ajuda divina, medicamentos e manobras, conseguiu realizar o parto.

³² Expressão regional que quer dizer ficar tranquilo.

Quando eu cheguei no Açú, dona Maria, ela falou pra nós, o marido dela e tudo eles que estavam lá: dona Bena estou ruim! Eu disse: por que minha filha? Ela falou: ainda não tive meu filho ele não mexe mais, me deu muita dor e rompeu a bolsa era uma hora da madrugada. Não pensa minha filha! Ela disse: o Obdom mandou lhe buscar. Tá estou aqui, primeiramente Deus, mas deixa, vamos ver agora, peguei o ovo misturei um pouco da gema e clara, botei em um pouco de vinho, mexi e mandei ela beber. Aí comecei a passar a mão na barriga dela, nas escadeira, aí ela falou: ô dona, está mexendo meu filho e está me dando dor. Olha, quando foi era umas sete horas ela teve o menino, nasceu bem de saúde (Benedita F. C. pesquisa de campo, quilombo da Vila de Joana Peres, 31/03/2022).

As parteiras entrevistadas não recomendam dar qualquer tipo de medicamento para acalmar a dor de parto, pelo contrário, às vezes, se costuma a dar algum tipo de chá para aumentar a dor para que a criança dê sinal de contração. Essas receitas são feitas pelas mãos das parteiras com ingredientes caseiros, conhecimentos que são passados de geração em geração.

Olha, pra aliviar a gente não alivia né? A gente não faz o chá pra aliviar, porque a gente quer que aquela criança venha, né? No caso pra ajudar dar dor, a gente costuma mandar fazer o chá da raiz do gengibre, né? Às vezes, uns baguinhos de pimenta do reino e mistura tudo junto. A pimenta do reino, um pedacinho do gengibre, um uma raiz de chicória e dá, aí aquela dor aumenta e aí se tiver longe aquela descontração, faz o chá da cebola e dá. É isso que eu que faço. (ANA L. D. VIEIRA, pesquisa de campo, 08 /03/2023).

Durante a formação do curso de parteira, dona Benedita teve a oportunidade de compartilhar suas experiências acumuladas por longos anos no ofício de partejar. Segundo ela, a médica, professora que ministrava as disciplinas para eles, perguntava: como é que senhora faz para realizar seus partos principalmente quando a criança é grande e vocês não dominam a técnica de cortar por baixo a mulher? Segundo ela, o parto vai depender muito da assistente (parteira): se ela dominar as técnicas corretas na hora que a criança vai nascer não importa o tamanho, ele vai sair bem e a mãe não vai sofrer danos. Diz ainda que o bebê, ao nascer, não necessita ser puxado, ele desce paulatinamente por sua própria natureza com ajuda da mãe, o papel da parteira é encaminhar na direção correta e auxiliá-los.

Sobre o parto eu falava pra doutora no curso: doutora, eu sei como é graças a Deus, como é pra tirar uma placenta, eu sei quando é a hora de uma placenta, a hora de uma criança nascer, eu queria que a senhora me ensinasse a colocação de operar a mulher por baixo pra me ajudar as mães, mas ela não ensinou. Aí ela falou assim: como é que a senhora pega uma criança tão grande? Porque tem criança que eu mandava relação era três, quatro quilos, meninos (as) grandes. Eu passava a relação média das crianças, teve uma que mediu que foi dezoito centímetros (cm) de ombreira³³, quando falar em ombreira já sabe o que é, aí eu media o comprimento, o pezinho. Olha, quando eu mandei a relação dela se admiravam, era muito enorme. Aí a doutora perguntava, eu falava assim, era mais eu que respondia: doutora, eu, uma criança, que seja grande, graças a Deus, não é negócio de espaço doutora, pra mim é o espaço da criança como a assistência vai pegar. A senhora não vai trazer uma criança mergulhando, a senhora não vai pegar uma criança assim de uma vez e

³³ Largura do ombro da criança.

nem assim puxando o pescoço, na cabeça. Nós temos que esperar uma criança vir, e aí gente vai ajeitando, vai ajeitando, ela chegou, e aí a criança engata aqui. Né? Ficou aí, ele está piscando ou ele quer chorar. Presta bem atenção, o que a senhora faz? Olha, a senhora vai, eu já fechei a criança antes da mãe descansar antes dele chegar. Aí quando chegar aqui chegou isso aqui, eu não vou puxar isso aqui doutora, nem aqui, olha eu levo aqui e já sei em nome de Jesus que uma mamãe já tá livre, não deixo a criança maltratada e nem a mãe, não! por isso, porque se uma paciente aí sentiu dor, ela me chamar, oito horas do dia, e eu for pra lá, já vai ter, já vai ter, e ter só pra noite? Não, não pode! Não pode, porque eu posso matar, nem tanto a mãe como a criança. Benedita F. C. 31/03/2022.

Portanto, para as parteiras, existem alguns momentos durante o parto que elas consideram de maior dificuldade, e um deles é quando chega o momento de nascer, e a criança e a paciente não reagem. A mãe entra em desespero achando que o bebê vai morrer, então as parteiras assumem um papel que é de motiva-las a salvar seu filho e sua própria vida, e esse é um tipo de situação que preocupa muitas vezes.

O momento que considero de maior regularidade, é dessa que está com puxo da criança e ela não quer fazer, quer morrer! E aí eu falo: ei! Não, não, não faço isso, pode matar tua criança, bora, bora, age, age, relaxa, vumbora minha filha, aí, aí quando ataca o puxo mesmo, né? Não tem quem se aguarde na hora de vim! Certas mulheres que já passou na minha mão, elas pensam que um filho não vem com dor, pensam que é só assim, deu a dor, está com dor já vou ter. Gente! Não é assim minha filha, a criança olha, nós temos uma ladeira, ela não vem só de uma vez, ela vem de del em del³⁴, a cada um puxo daquele mete o joelho, a gente sente, não é só de uma vez minha filha, aí elas se conformam (Benedita F. C. pesquisa de campo, quilombo da Vila de Joana Peres, 31/03/2022).

Dona Ana Laura comenta que esses casos acontecem constantemente com as pacientes que não têm experiência, que acabam entrando em desespero. Como parteira, ela mantém a calma e as tranquiliza com palavras de encorajamento, porém, existem aquelas que querem se entregar e dizem que não dão conta. Então, ela usa como estratégia dizer para a parturiente que, se ela continuar do mesmo jeito, vai deixá-la sozinha. Como a paciente não quer ficar só, acaba encorajando-a para realizar o parto.

É aí quando começa naquele desespero, porque às vezes já é, não sabe, o primeiro filho, né? Aí começa: ah, eu não dou conta, eu vou morrer, por quê? Eu falo: ei, respira fundo e acalma, não faça isso, respire fundo e acalme, é o dizer que a gente faz, às vezes eu meto até medo. Se num quietar, eu largo sozinho aqui e vou-me embora, aí eles não querem ficar só né? Aí eles ficam com medo e aí é o jeito, eles acalmam, graças a Deus fica tudo bem. Já aconteceu comigo várias vezes de certas mulheres assim que chega naquele momento que está enrascada, aí começa com aquela moleza, né? Não, umbora minha filha, umbora, umbora que está na hora, e aí a gente fica naquela coisa, né? Às vezes custa ter a criança e nasce tudo molenga, e aí a gente vai dar mesmo a vida por aquela criança, porque se a gente não for uma pessoa que tenha aquela experiência que Deus deu, porque isso vem tudo de Deus né? Deus deu a experiência pra gente como ele tem dado se não a criança morre porque naquele momento a gente estende um pano em cima do rosto da criança na boca, chupa no nariz, na boca pra aquela criança entendeu? Então é mesmo que ele ter nascido duas vezes. Né? Então pra uma pessoa como eu que já assisti esses

³⁴ Descendo pouco a pouco.

partos e ver essas crianças tudo viva, né? Pra mim é uma sensação imensa. Uma alegria que nem fala, muito mesmo. (ANA L. D. VIEIRA, pesquisa de campo 08/03/2023).

Outra situação em que se deve ter muito cuidado, segundo Dona Benedita, é o cuidado com a placenta. Se a criança está bem posicionada no ventre da mãe, o parto é um ato simples, todavia, a placenta necessita de bastante atenção. Depois que a criança nasce, deve-se evitar que a placenta custe a descer, para começar. Ainda, existem placentas que ficam grudadas, demoram a soltar. Ela narra que já assistiu pacientes que tiveram esse problema, inclusive quando ela mesma teve seus primeiros filhos num hospital, em Belém, apresentou os mesmos sintomas.

Quando eu recebo uma criança, deixo passar uns minutos, eu mexo, mexo, mexo. A criança já está aqui comigo no pano. Aí quando vejo aperto aqui, vem, vem, vem, vem ela, pega um pano, vão recebendo ela, sem puxar no cordão umbilical pra não dar hemorragia né? Se aquela aba custar um pouquinho, tua esposa tá assim já teve a criança, tá muitas horas, é cuidado pra não abrir, porque ela abre e vem a placenta, a carne e fica a aba e custa pra te trazer. Então sempre é isso que eu tenho falado pra essas meninas e pras mulheradas aí, da mãe não é risco quase o filho, tando direito, não tendo problema nem ela e nem a criança, é bom. Agora o risco é assim da placenta, porque tem placenta que é pregada, ela nunca é pregada assim, a placenta é pegada assim ó, na mãe do corpo, como eu já peguei da menina que ela falou: oi Tia Bena. Mandeí lhe chamar Tia Bena porque eu estou com dor e eu já tenho tudo pra mim ter, eu estou pensando na minha placenta. A minha placenta da criança é pregada, em Belém em toda parte que eu tenho tido, aí quando eles tiram eu fico enorme de inchada. Aí eu falei: você não vai ficar inchada mais não, isso vai sair daqui em nome de Jesus, porque quem fez isso foi Deus falei pra ela. Aí eu falei, Maria, pra mãe dela, faz aí um tempero pra mim, faz aí uma chicória bate rápida e um pedacinho de canforina e me dá aqui com uma banha. Ela me deu e eu passei aqui pelo estomago dela por detrás do espinhaço. Passei, passei aqui, falei: quando tu sentir tu me fala, ela disse: olha Dona Bena, está me doendo, eu falei: então tá. Aí quando eu vi fiz pló, lá vai ela, procurei o rumo dela que na hora que ela subiu eu falei está aqui ela, com o cordão umbilical aqui a gente sabe. Falei: está aqui minha filha, não te preocupa, veio, veio, veio, eu disse está aqui minha filha. Ela falou: oh dona Bena, que benção, que Deus me deu e a senhora, que todos que eu tenho, dos dois que eu tive em Belém fiquei enorme de inchada, que era pregada eles metiam a mão né? E puxavam, puxavam, puxavam, puxavam que ela ficava enorme de inchada, ela me contou. Eu falei: eu não faço isso, se Deus não resolver os meus problemas, quem vai resolver por mim, por vocês? Então é tudo isso. (Benedita F. C. pesquisa de campo, quilombo da Vila de Joana Peres, 31/03/2022).

Já com a parteira Ana Laura, não ocorreu nenhum caso envolvendo placenta como narrou tia Bena, porém, ela chama atenção para dois casos que já aconteceram durante sua experiência com parto que quando o bebê tem o cordão umbilical curto e, além disso, vem ao nascer com cordão umbilical trançado no pescoço. Quando vivenciou essa experiência, ela conta que quase entra em desespero, pois nesses casos, se a parteira não tiver conhecimento, a criança não nasce e pode morrer no ventre. Quando a mãe faz a força, o bebê vem, mas quando ela puxa o folego ele volta. Nessa situação, ela instrui como proceder para evitar que isso aconteça.

Na verdade já existiu momentos de até eu mesmo me desesperar, entendeu? Com duas mulheres, eu me achei numa situação difícil. Uma foi a primeira filha da mulher de um amigo nosso, na verdade as duas filhas dela fui eu que peguei, e a outra foi uma jovem também aí da estrada. E o problema foi devido o cordão do umbigo era tão pequeno, porque tem um cordão de umbigo que ele é comprido, mesmo que ele venha laçado o pescoço da criança, mas tem como a criança veio né? Vem vindo até mesmo ao nascer. Mas quando cordão umbilical é curtinho, a criança vem a gente percebe que vem na aquela força que a mulher faz, né? E no mesmo que a que termina a contração, que a mulher respira, a gente percebe que a criança volta. A entra o desespero porque a gente se desespera porque como é que essa criança vem no mesmo instante ela volta. Mas como Deus é tão grande, é tão bom e maravilhoso que ele, né? faz tudo pra dar certo. Aí quando nasce a cabeça da criança né? A gente logo mete a mão nisso aqui³⁵, assim oh, percebe se está laçado ou não, e aí se tiver laçado no mesmo instante que uma criança nascer à cabecinha dele, a gente tem logo de meter a mão assim, o dedinho pra ver como é que está livre o pescoço né? Se não estiver livre, no mesmo instante a gente tem que dar o jeito pra deslaçar. Porque senão a criança morre laçado (ANA L. D. VIEIRA, pesquisa de campo, 08/03/ 2023).

Em suma, percebe-se que as parteiras classificaram três momentos que consideram como os mais delicados na hora do parto: o primeiro, envolvendo a própria paciente, que apresenta desânimo, medo ou fraqueza na hora de dar à luz e não quer reagir; o segundo envolve a questão da placenta, que pode ser perigoso para a parturiente; e o ultimo relativo ao cordão umbilical, quando ele é curto e coincide de vir enlaçado no pescoço do bebê ao nascer. Nesse sentido, observa-se que a experiência das parteiras no ofício faz toda diferença na hora do parto.

4.2.3 Pós-parto

Assim como há perigos com os partos, a fase do pós-parto exige alguns cuidados importantes que devem ser levados a sério pela parturiente, para que se possa garantir a saúde do recém-nascido tanto como da própria mãe. Desse modo, dona Benedita conta como faz para cortar o umbigo, que após ser cortado e queimado, requer alguns cuidados até que este caia. Nesse sentido, para garantir que ocorra de forma eficaz a queda do umbigo, os cuidados da mãe são fundamentais nesta fase.

Aí eu vou puxar aqui o cordão umbilical, tem que puxar um pouco, é aí amarra primeiro, eu meço e amarro aqui, amarro o outro aqui, mais outro aqui. Bem amarrado antes pra poder cortar e queimar, porque aquele sangue da placenta está assim correndo igual uma veia. Então meço três dedo bem largo pra mim poder queimar bem, dobrar uma criança assim pra queimar bem com a vela, depois de estar um carvão aí que eu embrulho com algodão, coloca primeiro no pé pra ir jogando aquela água, por que a criança joga aquela água do cordão umbilical, aí que eu ponho o algodão aqui e depois eu ponho penso é, e não deixo mexer, e não é pra apertar. Porque se apertar o penso na criança, ele só vive dormindo, né? Aí na hora que a criança está dormindo o sangue está só assim, quer dizer que ele quer passar,

³⁵ Colocando a mão por traz da cabeça da criança para verificar se não está laçado o pescoço com o cordão umbilical.

mas não pode subi, fica lá roxo, da doença. (COSTA; pesquisa de Campo, 31/10/2022).

Existe uma crença com relação aos pés do recém-nascido, por isso, é comum observar que após o parto, juntamente com os cuidados do umbigo, os bebês usam as meinhas nos pés, como propósito de protegê-los, evitando assim atrair doenças, pois segundo essa prática acredita-se que a doença entra pelos pés da criança. Quanto ao umbigo, além do que já foi dito, outra cautela que se deve ter é para não deixar entrar vento, que segundo do Ana Laura pode ocorrer até dentro do próprio quarto.

A partir que a criança nasce ela tem que usar logo a meinha, porque eles falam né? As pessoas da antiguidade, né? Diz que a doença entra pelo pé, então tem que usar logo a meinha. E o cuidado do umbigo é não deixar pegar vento entendeu? Se no caso, não ficar o quarto totalmente fechado, e do nada às vezes a pessoa se descuida e escancara e aí aquele vento já recebe a criança, aí não pode, tudo isso eu falo, mas antes deixa uma janela aberta pra ficar ventilando, entendeu? Que corre menos risco de prejudicar a criança de que ficar demais abafado. Ai se tiver o ventilador, quando forem molhar, desligar o ventilador, faz o processo lá no umbigo de amarrado, ajeitado tudo aí pode ligar o ventilador, mas antes disso não ligue o ventilador com a criança vocês mexendo no umbigo da criança. Aí tudo isso eu oriento sobre umbigo da criança (ANA L. D. VIEIRA, pesquisa de campo, 08/03/2023).

Depois que mãe já teve a criança e já foram feitos todos os procedimento de limpeza e os cuidados necessários com o umbigo, às parteiras continuam realizando suas visitas durante oito dias. Esses acompanhamentos reforçam o entendimento do quanto elas têm compromisso com suas pacientes, visto que, realizam curativos no umbigo até que este venha a cair, assim como recomendações à parturiente. Portanto, quando já está tudo sob controle, tanto a saúde da mãe quanto do bebê, é que se ausentam.

Pois é, durante oito dias, só não vou no sétimo dia né? Quando chega nos seis dias, aí eu digo: olha, amanhã eu não venho, mas se não tiver caído o umbigo da criança, porque às vezes tem mãe que não molha, que a gente aqui tem costume de molhar com azeite, né? Que é pra cair rápido. Quando a mãe não molha, custa cair, às vezes cai de seis pra sete dias, aí eu oriento logo elas. Olha, se cair hoje à noite, amanhecer os sete, né? Você só mexe mesmo, arriba um pouquinho, tiro se estiver rolado, que às vezes já está pulada porque sai, né? Vocês tiram, mas não mexam com o umbigo da criança, só vão mexer com oito dia, aí é assim que eu faço. Eu não deixo eles mexerem com sete dia (ANA L. D. VIEIRA, pesquisa de campo, 08/03/2023).

Quanto a algumas precauções com relação à parturiente durante os primeiros oito dias de parto, as parteiras indicam, por exemplo, não ficar muitas horas sentada, assim como não comer todo tipo de comida. Nessas instruções é possível perceber que dona Ana Laura adquiriu muitos de seus conhecimentos através de suas próprias experiências quando aconteceram os seus próprios partos, ou seja, ela ensina para suas clientes o que ela podia comer ou não quando estava de resguardo. Deste modo, fica evidente que o conhecimento tradicional tem sua forma peculiar quanto a sua ancestralidade.

Eu recomendo que eu já comi no meu parto né? Quando eu tinha filho, eu recomendo a elas o que não pode fazer também que eu vejo, às vezes, eu chego lá até mesmo um sentar, se eu chegar lá pra ir puxar elas, que durante oito dias eu puxo elas? Só não vou no sétimo dia, aí então se eu chegar lá a mãe do corpo tiver muito embaixo, muito enterrada né? Que ela se enterram também, eu digo: olha vocês estão sentando muito, não presta ficar sentado, vocês estão de parto, vocês têm que ficar é deitado. Durante esses oito dias, só dando mama a criança deitada, você querem estar sentado o dia inteiro né? Chega uma visita querem está papeando ali sentado à vontade. Não pode ser assim, aí essa é a recomendação que eu faço (ANA L. D. VIEIRA, pesquisa de campo, 08/03/2023).

A parteira dona Benedita confirma que o sentar de coca³⁶ pode prejudicar a parturiente e menciona algumas caças do mato que não são aconselhados à mãe que está de resguardo, no entanto, algumas são permitidas. Em vista disso, tem aves do mato, por exemplo, que pode causar até hemorragia, assim como se deve evitar carregar peso. Ela ressalta ainda que durante os 45 dias o corpo da parturiente ainda não voltou ao normal, por isso deve levar a sério o resguardo.

Primeira coisa é sentar de coca, segundo comida deve ter cuidado, né? Uma carne do mato não pode comer, (anta, esse porquinho do mato) é certo um ano, não pode comer. Agora a cutia, a paca, não faz mal, a maioria dos peixes pode comer, alguns não, a piranha branca, por exemplo, ave do mato o nambu pode causar hemorragia. Até os quarenta e cinco dias as mães tem que resguardar. Não pode pegar peso nem que seja normal, o meu livro diz: olá que uma mulher durante os quarenta e cinco dias o colo tá baixo, né? E ela também a dilatação, ainda não tá bem junto (COSTA; pesquisa de Campo, 31/10/2022).

4.3 Desafios para o exercício de partejar

As parteiras tradicionais enfrentam dificuldades para a realização do seu trabalho, muitas vezes, atuando de forma isolada, sem contar com o apoio dos serviços de saúde, levadas pela necessidade de ajudar as mulheres em sua comunidade. A senhora Benedita Ferreira Costa, parteira tradicional que no ano de 2021 realizou parto domiciliar em nossa comunidade, disse:

[...] depois do curso das parteiras (ano 2000), não recebemos mais nenhum material, eu faço com a minha roupa assim mesmo, é obrigado eu levar uma roupa limpa, vou como uma roupa vestida e visto outra diante do parto da mãe, porque não temos farda (pesquisa de Campo, 31/10/2022).

No passado, muitos dos atendimentos realizados pelas parteiras em outras comunidades eram desafiadores, pois além do isolamento do SUS, prestavam assistência a outras localidades vizinhas em lugares de difícil acesso e viajavam em companhia de pessoas que não conheciam, mas não deixavam de atender o chamado, como conta Dona Benedita:

³⁶ Sentar agachado.

Aqui era de pés, na chuva, ou no sol quente conforme os horários, né? Não tinha horário, quando eu puxo a mãe que está na entrada do mês, eu já falo pra ela logo já, tal dia tu vai ganhar neném. E se tiver sentado³⁷, eu logo eu rodo. Aí vou medir quando é que ela vai ter. Quando tomem a menstruação dela findou, né? Tem tudo isso. Quando era chamada para outras localidades, eu ia de animal (cavalo, burro), para o Beradão Pacajá³⁸, eu ia de moto. Lá pra pista, eu fiz parto lá, eu vinha de moto que levavam e me trazia de moto. Quando não vinha me buscar que tinha mãe lá enrascada com dor de madrugada, eu cansei de ir de moto, que seu Obdon mandou me buscar. (Benedita Ferreira Costa; pesquisa de campo, Comunidade Quilombola e extrativista Vila de Joana Peres, 31/10/2022).

Nessa época, as condições das vicinais da região eram intrafegáveis, alguns lugares eram acessados somente através de animais (cavalo, burro, jumento). No entanto, ao ser acionada por alguém necessitado de seus trabalhos, dona Benedita não media dificuldade. Nesse sentido, a parteira fica sempre pronta a atender um chamado, não importava a hora, se é de dia ou à noite, seu amor pelo próximo é capaz de superar todos os obstáculos que lhe são impostos.

Pra dizer à verdade que não tem hora, é uma hora, duas horas, dez horas é três horas, qualquer hora, não tem hora pra uma dor né? Pra dar uma dor numa mulher não vai se escolher a hora, né? Eu encaro de uma maneira normal. Chamou, já estou pé, só não vou sair correndo, entendeu? Não, eu levanto, dou um tempinho, né? Aí, eu saio e vou acudir isso nem tem sido nem só pra acudir uma mulher que está com dor pra ganhar um bebê como pra outras pessoas, às vezes está sentindo uma dor na barriga, um vento, uma coisa, aí ele já vem me buscar, eu vou e eu puxo às vezes é a mãe do corpo que fora do lugar, é um vento na barriga que tá acumulado. Mas pra mim não tem hora (ANA L. D. VIEIRA, pesquisa de campo. 08/03/2023).

Dona Benedita relata que já sofreu bastante no ofício de partejar, devido aos seus descolamentos para outras localidades e durante a viagem enfrentava de tudo. Também alguns casos que atendeu em sua própria comunidade e não foi bem tratada pelas famílias da parturiente, chegou a ficar o dia todo sem fazer nenhuma refeição, mas não deixou a paciente na mão, pois sua incumbência era ver a mãe e o bebê livres.

Então é assim, eu já sofri muito quando eu estava nova mesmo, eu sofri muito, muito, muito, muito negócio de parto. Recebendo chuva, recebendo sol, recebendo distância, recebendo fome, fiz os partos da mulher de um parente nosso, tudo só eu, primeiramente Deus, quando marido dela só me chamava e ia embora, eu ia pra lá, olha passava dez horas, meia-noite, uma hora, duas horas, me dava um café, sem bolacha, sem nada. Aquele tempo eu fumava, né? Ainda, e aí ela falava para o seu marido: faz um café pra tia Benedita. Não filha, olha aí como ele está porre jogado aí, larga, deixa, quero ver tu livre se Deus quiser. Aqui não tem mulher pra dizer assim, essa aqui, nessa casa eu nunca fiz um parto, ou na outra casa que já passou né? Que muitos já viram só essa casa nova (Benedita Ferreira Costa; pesquisa de campo, Comunidade Quilombola e extrativista Vila de Joana Peres, dia 31/10/ 2022)

A vulnerabilidade de muitas famílias leva as parteiras a realizarem tarefas além de sua incumbência, pois ao chegar ao local do parto se deparam com as condições diante das quais

³⁷ Expressão usada pelas parteiras tradicionais sobre a localização da criança no ventre da mãe.

³⁸ Essas localidades ficam dentro do território da fazenda Martins Martins, próximo ao Rio Pajacá.

acabam assumindo o comando da parturição e da casa. Muitos agradecem pelos seus trabalhos, outros não; há casos que além de não agradecer, não lhe gratificam. Portanto, nas falas de dona Benedita, o pagamento simbólico que recebem pelos partos que realizam não é tão importante quanto à gratidão e o reconhecimento pelos ofícios prestados.

Certa vez cheguei em uma casa para atender um chamado chegando lá, não tinha nem gás no fogão, eu fui pra lá com a mãe dela fizemos fogo lá, eu disse para a mãe dela: olha ela não demora ter, já está tudo pronto para a criança chegar. Olha meu filho, quando essa criança chegou, ia dar certo duas horas da madrugada. Olha! Cuidei dela, aí eu e outra filha dela ficamos fazendo o fogo, mandei ela fazer um mingau bem fino pra dar, primeiro leite por causa do sangue, né? Da pressão. E aí quando o pai dela chegou umas seis horas, aí eu falei: ei! tem gente nova aqui, nova? Respondeu ele: e o que é? É mulher. Está bom tia Bena, eu estava pro Jacundá³⁹ com o papai ele disse. Aí a menina falou: o que vocês mataram? Ele respondeu: umas quatro pacas e três jacaré. Aí eu falei: meu filho, se tu for vender dá pra ti me vender uma banda ou um quarto da paca? Eu vou ver tia Bena. Meu filho, quando eu fui umas onze horas do dia, ele mandou pra mim um pedaço do jacaré do rabo, mas não vendeu a paca e não me pagaram o parto. Isso aconteceu há mais de vinte e um anos atrás. Então, é como eu te falo, te falei, muita gente me recebe bem, me paga aquele pedacinho, agradece a Deus, é Tia Bena muito obrigado (a), a senhora se preocupando gastando sua noite sua madrugada (COSTA; pesquisa de Campo, dia 31/10/2022).

Independentemente do cenário a que as parteiras são submetidas, conta tia Bena que nunca se recusou a atender um chamado. Realizar um parto é mais que um ofício, é um ato de amor ao próximo, jamais poderia recusar um pedido de ajuda alguém que esteja passando necessidade. Nesse sentido reforça a ideia de que elas encaram os seus exercícios como uma “missão divina” de salvar vidas.

Então, eu digo assim, isso é o amor que eu tenho. Eu tinha eu tenho amor na minha paciente e nas crianças. Nunca meu filho, nunca, nunca, graças a Deus, nunca falei assim: eu não vou não! Vocês não querem me pagar, eu não vou mesmo! Nunca falei. Quando eu falar assim até pra puxar muita gente aqui, aquele dia muita gente aqui, eu falei: eu não posso puxar gente, eu passei ruim quando vocês vierem que eu falei que eu não posso, é porque eu não posso mesmo. Então, eu me sonegar pra não fazer um parto? Não, socorrer? Não podemos fazer isso (COSTA; pesquisa de Campo, 31/10/2022).

4.4 O que ensinam as parteiras de Joana Peres

Dona Bena e Dona Ana Laura, identificadas num pequeno recorte geográfico da vastidão da Amazônia, atestam que até o presente os conhecimentos das parteiras tradicionais fazem parte da cultura regional e mobilizam valores culturais profundamente enraizados nos contextos das comunidades quilombolas. Nessas localidades, o trabalho dessas mulheres continua sendo imprescindível, tanto no que respeita ao atendimento às pessoas que necessitam de seus cuidados, quanto para a conexão com suas ancestralidades.

³⁹ Um igarapé dentro da mata que atravessa as terras da Fazenda Martins, a uns 15 km da Vila de Joana Peres. As pessoas de Joana Peres costumavam caçar e coletar castanha do Pará neste local.

De fato, nas comunidades tradicionais, essas mulheres são respeitadas e vistas com gratidão, pois, além dos ofícios que exercem, preservam patrimônios culturais e conhecimentos tradicionais associados a recursos naturais (PINTO, 2012, p. 202). O respeito e a consideração conquistados por elas resultam de seus trabalhos prestados em prol das pessoas e famílias, graças ao domínio de técnicas e experiências que fazem jus à confiança atribuída pelos demais membros do seu meio social. Nesse sentido, “ao seu redor [há] a gratidão daqueles que ajudou a nascer, ou ainda, daqueles que com chá de alguma casca, folha ou raiz medicinal curaram o mal do corpo, ou então, mediante benzeções, conseguiram aliviar o peso do espírito e afastar as forças do sobrenatural”. (PINTO, 2012, p. 202).

Os relatos das duas parteiras participantes deste estudo corroboram os achados de pesquisa de Santiago e Rocha (2022), indicativos de que os conhecimentos das parteiras nas artes de socorrer as mulheres em trabalho de partejamento vão muito além da parturição e envolvem o auxílio de rezas e benzimentos, aprendidos com mulheres parteiras mais experientes. Os autores afirmam, com base em suas pesquisas, que, em muitas situações, as parteiras ficam dias, semanas, nas casas das parturientes, cuidando tanto das crianças recém-nascidas quanto da mãe, lavando roupa, realizando curativos no umbigo da criança, puxando a barriga da mãe e dando assistência ao bebê, por exemplo (SANTIAGO; ROCHA 2022, p. 225). Isso tudo foi demonstrado nos relatos das parteiras de Joana Peres.

Outras pesquisas indicam que o ofício de partejar é entendido pelas parteiras tradicionais como uma missão dada por Deus, visto que elas estão sempre à disposição para um chamado, não importando a distância, as condições meteorológicas ou de locomoção. Sua missão é ajudar a quem precisa, conforme Pereira (2016).

Servir uma pessoa que esteja precisando de socorro com um sofrimento qualquer, ajudar uma mulher na hora do parto, em qualquer hora do dia ou da noite, é um ato obrigatório, faz parte da missão que lhe foi dada por Deus, e a vontade divina tem de ser acatada (PINTO, 2002, p. 444).

Foi exatamente isso que ensinaram Ana Laura e Bena, sendo seguro afirmar que, elas, como as demais parteiras tradicionais, historicamente realizam seus trabalhos sem estarem preocupadas com a remuneração. Sua satisfação advém de servir às pessoas mais necessitadas de seus saberes e técnicas.

Quanto à recompensa pelos serviços prestados, o estudo de Pinto (2012) informa que variava de acordo com a condição da clientela: uma porção em dinheiro, farinha, frutas e acima de tudo gratidão daqueles a quem ajudam (PINTO, 2012). Assim sendo, “seus saberes e práticas, consideradas “informais”, transformam-se, diante dos grupos populares,

fundamentalmente do meio rural, numa medicina barata e de fácil acessibilidade”. (PINTO, 2012, p. 209). Mais uma vez, as experiências das parteiras de Joana Peres encontram reflexos na literatura.

Ademais, os modos como as parteiras lidam com as doenças e os cuidados pré e pós-parto denotam que elas são herdeiras de tradições culturais que ultrapassam gerações, se alternam e dialogam entre si, em uma dinâmica na qual as práticas de partejar, benzer e curar, ao serem transmitidas, vão sendo desenvolvidas, ressignificadas, reinventadas e renovadas (PINTO, 2012, p. 207). No entanto, como demonstrado nos capítulos anteriores, exercer a função de parteira no Brasil, desde o final do século XIX, tem sido um ato de resistência, visto que seus saberes e técnicas vêm sendo desvalorizados pelo modelo biomédico hegemônico.

De acordo com Bonfim et al. (2018, p. 2), o novo paradigma de saúde supervaloriza o conhecimento científico “moderno” e desqualifica o saber popular das comunidades tradicionais. Desse modo, a “medicina moderna” estabeleceu “a medicalização do corpo feminino, transformando as questões inerentes à mulher, como o parto, em eventos patológicos, e introduzindo, neste último, técnicas e procedimentos cirúrgicos desnecessários e muitas vezes prejudiciais à saúde da mulher e do conceito⁴⁰” (BONFIM et al., 2018, p. 2).

Apesar da iniciativa do Iphan (2021) de registrar o ofício das parteiras tradicionais como patrimônio cultural do Brasil, a falta de reconhecimento do valor do trabalho dessas mulheres pelo poder público, em especial as autoridades ligadas à saúde no país, tem contribuído para que elas sejam tachadas como “curiosas” ou prática, exercendo funções não reconhecidas legalmente, sem nenhum tipo de garantia trabalhista, além de não garantir remuneração pelos serviços prestados. Além de tudo, desempenham seus afazeres com a ausência de recursos básicos para que possam efetuar um atendimento de melhor qualidade a sua clientela (PINTO, 2012)

Essa desvalorização é herança de um passado trágico causado pelo processo que ficou conhecido como “modernidade”. Segundo Galvão et al. (2019) esse pensamento colonialista marginalizou, omitiu e silenciou os saberes tradicionais, estabelecendo o saber europeu como superior, em uma ordem classificatória étnica da população, tendo como principal referência o capitalismo mundial, baseado na ciência positiva. Nessa concepção, o saber científico hegemônico criou o método científico ocidental com base na razão ignorando todos os conhecimentos ancestrais. Os autores citados asseguram que este paradigma eliminou “o

⁴⁰ Concepto é tudo que envolve o embrião/feto e seus anexos, como placenta e membranas associadas.

corpo, as emoções e as espiritualidades, estabelecendo a separação simbólica entre o homem e a natureza, desencadeando outras dicotomias próprias que construíram a ideia de que a melhor forma de vida é a do homem branco, colonizador, europeu” (GALVÃO et al., 2019, p. 30).

Consequentemente, fica evidente que o modelo imposto pela ciência “moderna” desconsiderou de forma etnocêntrica os saberes e os modos de vidas empíricas dos povos tradicionais, fixando-lhes um estilo de vida que não lhe era peculiar, ao ponto de serem tratados com violência. Segundo Galvão et al, (2019), a violência é compreendida pelo colonizador como um ato necessário e de sacrifício, uma missão moral para desenvolver os mais primitivos. Assim sendo, jamais se vê como inimigo, e sim promove o “bem” a esse povo. “O herói civilizador reveste suas próprias vítimas da condição de serem holocaustos de um sacrifício salvador, como o índio colonizado, o escravo africano, as mulheres domesticadas, a destruição ecológica” (GALVÃO et al., 2019, p. 31).

Diante do exposto, é compreensível afirmar que, mais especificamente, o povo negro e as comunidades indígenas foram e ainda são expostos a ações racistas que dificultam e silenciam seus saberes e costumes. Autores como Santos et al. (2017, p. 40) reforçam que “grande parte das comunidades quilombolas do país, há pessoas que tradicionalmente dominam o conhecimento acerca de rezas, curas e ervas medicinais, e outras pessoas que detêm enorme saber sobre o funcionamento do corpo humano, gestação e parto”. No entanto, esses saberes são marginalizados.

A parturição é apenas a ponta do iceberg. Mesmo assim, apesar das violências sofridas para exercer as suas funções, somadas às constantes tensões com as instituições ou profissionais de saúde que possuem amparos pelas suas próprias instituições para subalternizar seus ofícios, as parteiras tradicionais vêm fazendo com que suas experiências sejam reinventadas, ressignificadas e preservadas em seus territórios (PINTO 2012, p. 222).

Nos últimos anos, as comunidades quilombolas vêm ganhando destaque por manterem suas tradições socioculturais e econômicas, tanto no que diz respeito à sua relação com suas terras para manter seus bens materiais e imateriais, assim como quanto às práticas de cuidados para o bem-estar e a saúde (Bonfim et al., 2018). Neste sentido, o Ministério de Saúde tem reconhecido os trabalhos das parteiras, pois são elas que prestam assistência a muitas mulheres, entendendo que elas exercem um papel fundamental na redução da morbimortalidade⁴¹ materna e infantil, assim como passaram a entender o parto como um ato fisiológico⁴², tem recomendado a assistência do parto domiciliar por parteira tradicional.

⁴¹ Combinação de índices de doenças e morte.

⁴² Em sua grande maioria, ocorre sem necessidade de intervenções, ou uso de medicamentos.

Bonfim et al. (2018, p. 2-3). Pereira (2016) ratifica a importância do ofício das parteiras tradicionais quando diz que:

Reconhecendo a importância e necessidade dos serviços prestados pelas parteiras é que consideramos imprescindível a orientação para a realização do parto normal pela parteira, porque entendemos que proibir as parteiras de fazê-lo é insensatez, uma vez que o serviço público de saúde, em razão da sua demanda, recusa parturientes que, muitas vezes, acabam parindo com auxílio das parteiras (PEREIRA, 2016, p. 600)

De acordo com Bonfim et al, (2018) “estudos têm sido realizados enfatizando a importância da valorização dos hábitos culturais quilombolas e das parteiras para as práticas de cuidado em saúde praticados pelos povos de comunidades tradicionais”. Principalmente para as mulheres no seu período de gravidez parto e pós-parto, mas que seja de forma integrada entre as Unidades Básicas de Saúde nas comunidades e as parteiras, a fim de fortalecer a saúde e, dessa forma, minimizar as desigualdades no que se refere à saúde coletiva (BONFIM et al. 2018, p. 3).

Este trabalho busca, modestamente, contribuir para o reconhecimento do trabalho das parteiras tradicionais do Brasil a partir de um pequeno recorte geográfico passível de enquadramento em uma pesquisa social focada na escuta direta dessas mulheres. Embora pouco numerosas, as parteiras ativas na comunidade quilombola Vila de Joana Peres reforçam, em seus depoimentos, a necessidade de mais atenção a esse ofício ancestral por parte dos poderes públicos e das instituições formais de ensino, que, no passado, desautorizaram seus saberes e fazeres, os quais, até o presente, continuam sendo imprescindíveis em muitas comunidades amazônicas.

4.5 O racismo como pano de fundo para a violência obstétrica contra as mulheres negras

Nas últimas décadas, discussões sobre a violência obstétrica têm ganhado destaque no mundo inteiro, pois estudos apresentam dados que mulheres têm frequentemente sido vítimas de atos violentos e discriminatórios. Conforme a Declaração da Organização Mundial da Saúde - OMS (2014), no mundo inteiro mulheres têm experimentado abusos, desrespeitos, maus tratos e falta de atenção durante ao parto nas instituições de saúde. Ocorrências dessa natureza podem ser registradas em qualquer fase da gravidez, no entanto, é no parto e no período pós-parto que as mulheres ficam mais vulneráveis. “Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não discriminação” (OMS, 2014, p. 1).

Com efeito, a violência obstétrica compreende abusos nos períodos da gestação, do parto ou do pós-parto, quando as mulheres procuram os serviços de saúde e acabam sendo

vítimas de maus tratos, tanto físicos como psicológicos, que lhes causam diversos traumas. Esse tipo de violência não ocorre apenas quando praticado por profissionais da saúde, mas também se refere às falhas estruturais de clínicas e hospitais, públicos e privados (MARINHO, 2020).

Portanto, de acordo o artigo da jornalista Kamila Marinho divulgado no portal da Câmara municipal de São Paulo, classifica a violência obstétrica em quatro dimensões: a) Negação: consiste em humilhações verbais, desconsideração das necessidades e dores da mulher, práticas invasivas, violência física, uso desnecessário de medicamentos e intervenções médicas forçadas e coagidas. b) Discriminação: baseia-se na raça/cor da pele, pertencimento étnico ou econômico, posição e gênero. c) De gênero: caracteriza-se por atitudes desrespeitosas relacionadas a estereótipos ligados ao feminismo; d) Negligência: acontece quando as instituições de saúde impossibilitam de prover a mãe e bebê com o atendimento necessário para garantir a saúde de ambos. (Brasil, 2020).

Segundo o Livreto lançado pela Secretaria de Estado Saúde (SES) do Mato Grosso do Sul, a violência obstétrica se caracteriza por:

Desrespeito à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos, podendo manifestar-se por meio de violência verbal, física ou sexual e pela adoção de intervenções e procedimentos desnecessários e/ou sem evidências científicas. Afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres, ocasionando abalos emocionais, traumas, depressão, dificuldades na vida sexual, entre outros. (SES, 2021, p. 2)

Jussara Francisca de Assis (2018, p. 555) afirma que o Brasil passou a se interessar pela temática recentemente, baseada em experiências de países pioneiros da América Latina como Venezuela e Argentina, na década de 2000, que promoveram debates e pesquisas sobre o assunto. Uma das vertentes dessas experiências latino-americanas está atrelada ao ciberativismo, comandado por mulheres brancas e de classe média-alta, que relatam e denunciam experiências abusivas e desrespeitosas nos serviços de saúde durante o parto. Conforme as autoras Daniela Rosa e Denise Ornelas (2020, p.551), “aqui no Brasil, um levantamento da Fundação Perseu Abramo aponta que a violência obstétrica atinge uma em cada quatro mulheres brasileiras”, sendo que 65% das mulheres afetadas são pretas.

Segundo a Declaração da OMS (2014), casos envolvendo desrespeito e abusos durante o parto nas unidades de saúde, incluindo violência física, humilhação e abusos verbais, atendimento médicos coercitivos ou não consensuais, falta de confiabilidade e de esclarecimento a pacientes antes dos procedimentos, recusa à aplicação de medicamentos, internação, cuidados e negligência no momento de ganhar o bebê, tem contribuído para

complicações que poderiam ser evitáveis. A Declaração ainda revela que existem classes sociais mais vulneráveis a esse tipo de violência: “Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos” (OMS, 2014, p. 1).

Em entrevista ao site “blogueiras Negras” que reúne e estimula a produção para veículos de comunicação independentes produzidos por e para mulheres negras Talita Rocha (2016), médica de família e comunidade, doula e feminista, assegura que a violência obstétrica atinge em grande escala as mulheres pretas, provocando a elas privações ao atendimento e acompanhamento médico adequado. São elas que mais sofrem com mortalidade materna, falta de informação sobre o aleitamento como o não acompanhamento durante a gravidez.

Sem falar no tempo de atendimento dispensado que geralmente é menor que o atendimento a uma mulher branca. Fatos como esse fazem com que a mulher negra além de não ser assistida devidamente, também se sinta inibida diante do cuidado com sua saúde (ROCHA, 2016, p).

A violência obstétrica fundamentada em gênero e raça foi um dos temas em destaque no Comitê Contra a Tortura das Nações Unidas realizada em Genebra neste ano de 2023, onde se fez presente o ministro dos Direitos Humanos e Cidadania, Silvío Luiz de Almeida. Na ocasião foi entregue pela Geledés (Instituto da Mulher Negra) um relatório a ONU, apontando falhas graves em suas garantias de direitos, principalmente na questão da saúde sexual e reprodutiva de meninas e mulheres negras. Segundo este relatório, entre as graves violações de direitos está à violência obstétrica, e as mais afetadas são as mulheres negras atingindo um percentual de 50% menor de chances de receber uma anestesia durante as episiotomias (GELEDÉS na ONU, 2023). Nesse sentido, argumenta Vilma Piedade (2017, p. 16) “[...] “que o Machismo Racista Classista inventou que Nós – Mulheres Pretas – somos mais gostosas, quentes, sensuais e lascivas. Aí, do abuso sexual e estupros, naturalizados da senzala até hoje, foi um pulo. Pulo de 129 anos, e passamos a ser estatística”.

Nesse contexto, percebe-se que a violência obstétrica infelizmente faz parte do cotidiano das mulheres independente de sua cor, raça ou classe social, no entanto, as estatísticas apontam que as mulheres pretas são as mais vulneráveis. No Brasil os problemas são ainda mais graves, quando comparados a outros países. Conforme as pesquisadoras Maria do Carmo Leal, et al. (2017, p. 2), o Brasil apresenta índices de mortalidade materna em mulheres de minorias étnicas-raciais consideravelmente maiores que aqueles registrados em

outros países, que também padecem do mesmo problema. Aqui, o índice de mortalidade materna de mulheres pretas é de duas e meio vezes maior que o índice de mortalidade de mulheres brancas. Esses números indicam que estamos olhando os demais países “pelo retrovisor”, tal é o nosso atraso nesse debate e na implementação de ações políticas para o enfrentamento desta patologia.

Outro estudo realizado pelas pesquisadoras D'Orsi et al. (2015, p. 164), com base na pesquisa “Nascer no Brasil”, incluindo 15.688 mulheres entrevistadas por telefone no período de pós-parto, de março de 2011 a fevereiro de 2013, mostrou que, quando se trata de pacientes pretas ou pardas, elas esperam mais tempo por atendimento com menor chance de privacidade durante o atendimento no trabalho de parto. Conforme as autoras, esses dados não deixam dúvidas de que o racismo é um marcador que contribui para a desigualdade no atendimento à saúde para esses grupos de mulheres.

A pesquisadora e feminista estadunidense, Patrícia Hill Collins, no prefácio da segunda edição de sua obra intitulada “Pensamento Feminista Negro” (2000, p. 29), afirma que “a injustiça social é um problema coletivo que requer uma solução coletiva”. Referindo-se a todo tipo de racismo e preconceito que tem servido de base para a desigualdade social, a autora reforça a importância do empoderamento das mulheres, em especial as pretas, no combate às desigualdades sociais e na conquista por direitos. Vale ressaltar, que minha intenção não é qualificar se uma vida é mais importante que outra, no caso por ser de pele branca ou negra, pelo contrário, é necessário desmascarar essa estrutura patriarcal e racista que historicamente desconsideram as existências dos diferentes grupos étnico-raciais, econômicas e sociais. As nossas leis nos garantem direitos iguais em todas as esferas, todavia, esses direitos vêm sendo ignorados. Assis (2018, p.560) ao observar dados divulgados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade relacionada à mortalidade materna, verificou que entre 2000 a 2013, o município do Rio de Janeiro contabilizou 273 mortes de mulheres brancas, simultaneamente, as mulheres negras, somou um total de 485 mortes. Esse número equivale a uma média de 56% mortes a mais de mulheres negras do que aquelas consideradas brancas no período gravídico puerperal.

Para explicar como a dor enfrentada pelas mulheres pretas só pode ser sentida por elas, Vilma Piedade (2017), feminista negra brasileira, desenvolveu o conceito de Dororidade. Segundo a autora, historicamente as mulheres negras são feridas por ideologias que estruturaram a nossa sociedade e que se reproduzem a todo o momento. Logo, “dororidade carrega no seu significado a dor provocada em todas as Mulheres pelo Machismo. Contudo,

quando se trata de Nós, Mulheres Pretas, têm um agravamento nessa dor. A Pele Preta nos marca na escala inferior da sociedade” (PIEDADE, 2017, p. 18).

Consciente disso, movimentos sociais principalmente feministas têm se organizado e se fortalecido a cada dia em busca de seus direitos. Para Daniela Rosa, mestre em Sociologia pela Unicamp (educadora) e Denise Ornelas, mestre em saúde da família pela Unicamp, em entrevista à Folha de São Paulo (2000), argumentou “o termo violência obstétrica vem ganhando fôlego no mundo e ajudando a estabelecer limites na relação entre gestante e equipe médica”.

Ocorrências passíveis de enquadramento na definição de violência obstétrica foram identificadas junto às mães quilombolas que participaram da minha pesquisa de campo, no entanto, essas mulheres não têm consciência das violências a que foram submetidas. Portanto, isso me faz acreditar na importância da pesquisa e na discussão da temática a fim de fomentar e fortalecer políticas de enfrentamento.

Entre as nove mães com idade abaixo de 60 anos, quando perguntado sobre as suas experiências quanto ao tratamento em ambiente hospitalar, duas delas tiveram seus filhos em suas casas sob os cuidados das parteiras tradicionais, ou seja, não vivenciaram experiência de parto nas instituições públicas ou privadas de saúde. Já entre as sete que utilizaram o serviço público de saúde para darem à luz seus bebês, cinco relataram insatisfação com o atendimento dos serviços públicos fornecidos pelos profissionais da época.

Em Tucuruí, na verdade, eu não gostei naquele hospital que antigamente era chamado de SESPA né? Mas eu não gostei devido eles não tratarem bem, eu tive meu filho, eles deram banho no meu filho uma hora da madrugada o mais velho, mas em mim não me deram banho, não me fizeram limpeza, nada, aí eu falei que eu saí até do hospital com meu vestido tudo sujo de sangue ainda, porque de manhã eles já queriam desocupar o leito para ocupar com outra pessoa, entendeu? Por isso, eu falei que nunca mais queria ter filho no hospital (Priscila de Carvalho Ferreira, pesquisa de campo, 17/07/2023).

Mães como Priscila, ao passarem por experiências como essas, guardam em suas memórias traumas de momentos angustiantes que jamais serão esquecidos. Apesar de a chegada de um bebê ser um momento tão aguardado pela família, ainda mais quando se trata do primeiro filho, experiências como a narrada envolvem cenas que as mães não gostariam de lembrar. Como afirmou a dona Marluce sobre suas duas experiências que vivenciou nos hospitais:

Lá em Belém com o meu primeiro filho que foi ruim, o médico ou enfermeira, não sei, montou em cima da minha barriga com o joelho, a gente já está morrendo de dor, né? Eles tiram o bebê a muque eles cortam em baixo é um terror. Então, se fosse para me escolher entre hospital e ter filho em casa assistido pela dona Bena, eu preferia ter em casa. Outra vez quando tive a minha filha no hospital, era hora dela

nascer e aí ela nasceu, eu não sei se a enfermeira era experiente ou não. Ela não esperou a placenta nascer, ela puxou muito, me deu muita hemorragia, quase eu morria. Aí eu resolvi não ter mais filho no hospital por causa disso. (Marluce Gomes, pesquisa de campo, 17/07/2023).

Maria Lucélia, outra mãe quilombola entrevistada, conta que passou mais de dois dias no hospital, em Belém, praticamente isolada em uma sala de internação sem permissão de acompanhante, e não recebeu nenhum tipo de medicamento para aumentar a contração e ajudar a agilizar o trabalho de parto:

Quando tive o meu filho mais velho, por falta de experiência, eu fiquei lá mais de dois dias no hospital com dor, não aumentava e eles estavam esperando. Graças a Deus que deu tudo certo, fiquei só no soro, mas foi um risco, porque naquele tempo não podia levar acompanhante, tinha que entrar só. O hospital era aquele: Anita Gerosa, que fica em Ananindeua, Belém/PA. Mas da última filha, eu achei bom, muito bom mesmo, pessoas que se preocupam dão atenção, os que se preocupam com a gente, querem saber se está tudo bem, tanto a médica como a enfermeira. (Maria Lucélia Ferreira Ribeiro, pesquisa de campo em 18/07/2023).

O que aconteceu com a senhora Marluce, Priscila e as demais mães quilombolas em Joana Peres se caracteriza como racismo obstétrico – um termo utilizado pela filósofa feminista estadunidense Davis (2020, p. 755) para se referir aos tratamentos recebidos por mulheres negras no momento do parto, no âmbito de serviços públicos ou privados de saúde nos Estados Unidos. Segundo a autora, “o racismo obstétrico é uma extensão da estratificação racial e está escrita na estigmatização historicamente construída das mulheres negras como nas lembranças de suas Interações com médicos, enfermeiras e outros profissionais médicos durante e após a gestação” (DAVIS, 2020, p. 755). Nesse sentido, o termo está relacionado a todo tipo de negligência, discriminação e desrespeito baseado em gênero, raça e cor da pele. Este tipo de tratamento coloca as mulheres negras e seus filhos em risco. Portanto, racismo obstétrico e violência obstétrica estão entrelaçados e unidos pelo racismo institucional, que, no que lhe concerne, tem base na própria estrutura da sociedade historicamente construída com base no gênero e na raça.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões envolvendo os conhecimentos das parteiras tradicionais e o afastamento delas do protagonismo da gestação, parto e pós-parto, nos grandes centros urbanos e pequenas cidades no século XIX no Brasil, é bastante instigante e complexa, pelo fato de envolver toda uma estrutura ideológica, política e racista. Haja vista, não haver nenhuma comprovação cientificamente, afirmando que às práticas utilizadas por elas colocasse em risco a mãe e a criança. Pelo contrário, o novo paradigma adotado no país elevou o seu nome ao topo na escala mundial em número de cesárias, e conseqüentemente o aumento das violências obstétricas e problemas de saúde nas mulheres por sequelas cirúrgicas.

Nesse sentido, o que era visto como fenômeno fisiológico e natural pelas parteiras tradicionais, com a institucionalização do parto, passa ser tratado como patológico (perigoso), e a filosofia ideológica de que a mulher que realiza a cesariana sente menos dor no momento de ter a criança, que no parto normal, foi sendo introduzidas pelas maiorias das mulheres, principalmente as de melhores condições econômicas. No entanto, nos dias atuais é comprovado cientificamente, que o parto normal sem interrompimento de seu processo natural, traz muito mais benefício à saúde da mãe quando para o bebê, além da recuperação ser mais rápida, é claro que em casos específicos deve haver intervenções médicas. Portanto, propôs como objetivo geral deste estudo narrar trajetórias e experiências das parteiras tradicionais na comunidade, com foco em seus saberes e fazeres relativos aos cuidados da gestação, parto e pós-parto. Desta forma, farei alguns apontamentos a respeito deste resultado.

Foi constatado que a comunidade quilombola de Joana Peres, até a década de 70, não tinha nenhum tipo de atendimento médico/a, enfermeiro/a ou técnico/a ofertado pelo Estado. Quando os comunitários adoeciam ou necessitavam deste atendimento, procuravam as parteiras/benzedadeiras ou os pajés. Essas mulheres e homens detinham a confiança da população. Assim sendo, o parto, já mais foi visto como algo perigoso, que colocasse em risco a vida da mãe ou do bebê, e sim um processo natural. Como citado no capítulo anterior pelas parteiras Benedita e Ana Laura, se estiver tudo normal com a mãe e bebê é só aguardar chegar a hora certa de nascer, o papel da parteira é somente orientar a paciente. Vale ressaltar, que as grávidas na época, trabalhavam na roça e serviços domésticos até próximo de ganhar o neném.

Portanto, o parto normal realizado na residência da parturiente assistido pelas parteiras tradicionais em Joana Peres, são práticas que atravessam gerações, e mesmo depois da presença do SUS, (a construção do posto de saúde) na comunidade e a contratação de

servidores públicos (técnicos/as de enfermagem e enfermeiros/as) os comunitários não deixaram de recorrer aos conhecimentos das parteiras tradicionais, seus serviços são recorrentes até os dias atuais. Embora não seja na mesma proporção como antigamente, pelo fato das gestantes já terem acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), fazem pré-natais e acompanhamento médico, no entanto, principalmente as mulheres procuram as parteiras para puxar barriga, deixar na posição correta o bebê, fazem garrafadas e até mesmo realizam o parto. Demonstrando a total confiança no trabalho que elas prestam.

A partir dos resultados obtidos, sugere-se o aprofundamento da pesquisa para melhor compreender qual é a relação que a população local, principalmente as mulheres, mantém com as parteiras tradicionais na comunidade. No entanto, observou insatisfação das parturientes atendidas nos hospitais, das sete interlocutoras com menos de 60 anos que tiveram filhos no ambiente hospitalar, cinco delas afirmaram que depois de suas primeiras experiências, não procuraram mais pelo serviço do SUS, pois sentiram muita dor na hora do parto e não gostaram da forma como foram tratadas pelos profissionais.

Outro ponto relevante a ser mencionado é que depois de décadas o Ministério da Saúde reconhece a importância do trabalho das parteiras nas comunidades tradicionais e desenvolve políticas como o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT) com objetivo de “valorizar” e “capacitar” as parteiras tradicionais. No entanto, “as capacitações” não as integraram no SUS, isto é, continuaram exercendo os seus ofícios de forma autônoma, sem nenhum tipo de ajuda pelo SUS. Mulheres como dona Benedita F. Costa, e Ana Laura Dias, que preservam toda uma ancestralidade e ajudam as pessoas no momento que são procuradas, vivem como centenas de parteiras espalhadas pelo Brasil e na Amazônia paraense, se mantendo de outras fontes de renda e no anonimato, por não serem valorizadas e reconhecidas pelo poder público.

Portanto, o estado brasileiro, até o momento não foi capaz de criar políticas de reparação aos danos causados à população tradicional em especial aos ofícios das parteiras. Nos estados e municípios em que elas estão organizadas através das associações em parcerias com as ONGs, têm conseguido se fortalecer e organizar movimentos em busca de seus direitos, como é o caso do reconhecimento do ofício como patrimônio cultural brasileiro, que tramita no Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (Iphan) e o Projeto de Lei (PL) nº 912/2019 do deputado Camilo Capiberibe (PSB-AP), ambos são frutos de reivindicações organizadas. E buscam pelo reconhecimento e contribuição de seus saberes na gestação, parto e pós-parto. Todavia, nos municípios que não possuem essas organizações,

como é o caso de Baião, elas se encontram desmotivadas e invisíveis pelo poder público e até mesmo pela própria comunidade onde vive.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Sílvio Luiz de. **Racismo estrutural / Sílvio Luiz de Almeida**. - São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

Baggio MA, Pereira FC, Cheffer MH, Machineski GG, Reis ACE. **Significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica**. Rev baiana enferm. 2021; 35: e42620.

BARROSO, Iraci de Carvalho. Os Saberes de Parteiras Tradicionais e o Ofício de Partear em Domicílio Nas Áreas Rurais. PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP, Nº 2. Dez. 2009.

BASSETTE, Fernanda. Curso de Obstetrícia forma parteiras, G1, 2008. Disponível em: <https://g1.globo.com/Noticias/Vestibular/0,,MUL753422-5604,00CURSO+DE+OBSTETRICA+FORMA+PARTEIRAS.html#:~:text=Depois%20de%2033%20anos%20de,parteiras%2C%20como%20s%C3%A3o%20popularmente%20conhecidas.>

BATISTA, Sheila Maria Dos Santos. **Saberes tradicionais das parteiras e a Política de Parto no interior do Rio de Janeiro: um estudo de caso em Quissamã**. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro. 2016.

BONFIM, Joenilton Oliveira; PRADO, Ivanete Fernandes do; SORTE, Elionara Teixeira Boa; COUTO, Pablo Luiz Santos; FRANÇA, Nanci Maria de; Antônio Marcos Tosoli Gomes. **Práticas de Cuidado de Parteiras e Mulheres Quilombolas à Luz da Antropologia Interpretativa**. Ver Brasil Promoção Saúde, 31(3): 1-11, jul./set., 2018.

BOURGUIGNONN, Ana Maria; CRISOTTI Márcia. **Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras**. Saúde Soc. São Paulo. V. 27. 4, p.1230-1245, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRUGGEMANN, O. M. A enfermagem com diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher durante o processo do nascimento. 1998. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

CARDOSO, Ítala Lopes. **O Saber/ Fazer das Parteiras Populares do Entorno do Distrito Federal**. Trabalho de Conclusão de Curso em Bacharel em Saúde Coletiva. Brasília. 2012.
CHIZZOTI, Antônio. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Petrópolis – RJ: Ed. Vozes, 2006.

COLLINS, Patrícia Hill. **Pensamento Negro Feminista: conhecimento, Consciência e a Política do Empoeiramento**. Trad. Jamille Pinheiro Dias. Ed. Boi tempo. 2000.

CONCEPTO. Dicionário informal (SP), 01 de julho de 2016. disponível: <<https://www.dicionarioinformal.com.br/concepto/>>. acesso em: 24/04/2023.

CRUZ, Zoraide Vieira. **O Ato de Partejar: Memórias, Saberes e Práticas de Parteias Tradicionais do Sudoeste Baiano**. Tese de doutorado. Vitória da Conquista, BA. 2019.

CRUZ, Zoraide Vieira. **O ATO DE PARTEJAR: Memórias, Saberes e Práticas de Parteias Tradicionais do Sudoeste Baiano**. Tese de Doutorado em Memória: Linguagem e Sociedade, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS, Vitória da Conquista – BA, fevereiro, 2019.

CURI, Paula Land; BAPTISTA, Júlia Gonçalves Barreto. **A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica**. | Estudos Contemporâneos da Subjetividade | Ano 8 | Volume 1. ECOS. 2017.

DAVIS, Dána-Ain. **Racismo Obstétrico: A Política Racial da Gravidez, do Parto e do Nascimento**. Amazônica - Revista de Antropologia, Volume 12 (2) | 751 - 778 | 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/9194/6927>>. Acesso em: 25/11/2023.

De Assis, Jussara Francisca. **INTERSECCIONALIDADE, RACISMO INSTITUCIONAL E DIREITOS HUMANOS: compreensões à violência obstétrica**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018.

DI GIOVANNI, M. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**. 2013. 98f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf?sequence=1>>.

DIAS, Marcos Augusto Basto. **Humanização da assistência do Parto: conceitos, Logicas e práticas no cotidiano de uma maternidade Pública**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Assistência ao Parto e Relações de Gênero: Elementos para uma releitura médico-social**. Carmen Simone Diniz. - São Paulo, 1996.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. (Artigo) Ciências e Saúde Coletiva 10 (3): 627-637, 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. (Artigo) Ciências e Saúde Coletiva 10 (3): 627-637, 2005.

Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/08/marcha-pela-humanizacao-do-parto-reune-publico-na-praia-de-ipanema.html>. Acesso em: 28/11/2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-01/parteiras-renascem-com-mais-seguranca-e-tecnicas-tradicionais>. Acesso em: 03/12/2022.

D'ORSI, Eleonora; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; DINIZ, Carmen Simone Grilo; DE AGUIAR, Janaina Marques; GUSMAN, Christine Ranier; TORRES Jacqueline Alves; ANGULO-TUESTA, Antonia; RATTNER Daphne; DOMINGUES Rosa Maria Soares Madeira. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S154-S168, 2014. <<https://www1.folha.uol.com.br/podcasts/2020/05/mulheres-negras-sofrem-mais-com-a-violencia-obstetrica-ouca-debate.shtml>>. Acesso em: 12/11/2023.

EHRENREICH, Barbara e ENGLISH, Deirdre; **Bruxas, Parteira e Enfermeira**. Uma História das curandeiras. 2017. Disponível em: < <https://we.riseup.net/assets/375549/Barbara-Ehrenreich-and-DeirdreEnglishBruxas%2C+parteiras+e+enfermeiras+2ed+zinao.pdf>>. Acesso em: 12 de out.2022.

FERRAZZA, Daniele de Andrade; PERES, Wiliam Siqueira. **Medicalização do corpo da mulher e criminalização do aborto no Brasil**. Fractal: Revista de Psicologia, v. 28, n. 1, p. 17-25, jan.-abr. 2016.

FIGUEIREDO, Rodrigo Augusto Alves. **A COMIDA QUE VEM DA MATA Aspectos etnoecológicos da caça em uma comunidade quilombola da Reserva Extrativista Ipaú-Anilzinho** (Amazônia, Brasil). Dissertação de mestrado, pelo Programa de Pós-Graduação em Agriculturas Amazônicas, Núcleo de Ciências Agrárias e Desenvolvimento Rural, Universidade Federal do Pará, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**: Curso no Collège de France. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2005.

GALVÃO, Mary Lúcia Souto; RAMOS, Ticiania Osvald; GOMES, Maiara de França; BARROS, Fernanda de Santana; SILVA, Francisca de Paula Santos da. **Memórias de Saberes Tradicionais no Antigo Quilombo Cabula (Salvador – Bahia): Percursos Entre Narrativas de Parto**. Revista Encantar - Educação, Cultura e Sociedade - Bom Jesus da Lapa, v. 1, n. 1, p. 28-43, jan./abr. 2019.

GEERTZ, Clifford, 1926- A interpretação das culturas / Clifford Geertz. - 1.ed., IS. reimpr. - Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GIFFIN, K., and COSTA, SH, orgs. **Questões da saúde reprodutiva** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p. ISBN 85-85676-61-2. Available from SciELO Books.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de Pesquisas Social**. 6ª edição, São Paulo, ed. Atlas S.A, 2008.

GROSFOGUEL, Ramón. **A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI**. Rev. Sociedade e Estado, Vol. 31 Nº 1, Janeiro/Abril 2016.

GUSMAN, Christine Ranier, VIANA, Ana P. A. Lima, MIRANDA, M. A. Barbosa, PEDROSA, M. Vilela e VILLELA, Wilza Vieira. **Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios**, Rev Panam Salud Publica, 37(4/5), 2015.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Quantitativas na Sociologia**. - 12. ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 81.

Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4).

LEAL, Maria do Carmo; DA GAMA, Silvana Granado Nogueira; PEREIRA, Ana Paula Esteves; PACHECO, Vanessa Eufrauzino; DO CARMO, Cleber Nascimento; SANTOS Ricardo Ventura. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33 Sup 1:e00078816. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=pdf&lang=pt> acesso em: 12/11/2023.

LOURES, Vinicius. Comissão aprova projeto que valoriza trabalho das parteiras tradicionais. Agência Câmara de Notícias. 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/972488-comissao-aprova-projeto-que-valoriza-trabalho-das-parteiras-tradicionais> Acesso em: 10/01/2023.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia** / prefácio de Sir James George Frazer; traduções de Anton P. Carr (capulo I - XV) e Lígia Aparecida Cardieri Mendonça (Capítulo XVI – XXII); revisão de Eunice Ribeiro Durham. — 2 ed. — São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MARINHO, Isabela. **Marcha pela Humanização do Parto reúne mulheres na Praia de Ipanema. G1, 2012, RJ**. Diponivel em: <<https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2012/08/marcha-pela-humanizacao-do-parto-reune-publico-na-praia-de-ipanema.html>> . Acesso em: 16/09/2022.

MARINHO, Kamila. Você sabe o que é Violência Obstétrica? – portal da câmara Municipal de São Paulo Mulheres, 2021. Disponível em:

<<https://www.saopaulo.sp.leg.br/mulheres/voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica/>>. Acesso em 14 de nov. 2023.

MELO, Júlia Morim de; MÜLER, Elaine; GAYOSO, Daniella Bittencourt. **Parteiras Tradicionais de Pernambuco: Saberes, Práticas e Políticas**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN2179-510X.

MELO, Katia. **Geledés** na ONU. Violência obstétrica contra negras, apontada por Geledés, é tema na ONU. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/violencia-obstetrica-contra-negras-apontada-por-geledes-e-tema-na-onu/>>. Acesso em: 23/11/2023.

MOTT, Maria Lúcia. O curso de Partos: deve ou não haver parteiras? Cadernos de Pesquisa, nº108, p. 133-160, novembro/1999.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciências e saúde coletiva, 10 (3): 651-657,2005.

NASCIMENTO K. C; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; JÚNIOR, Hélio José do Nascimento e CARVALHO, Jacira Nunes. **A Arte de Partear: Experiência de Cuidado das Parteiras Tradicionais de Envira/AM**. Esc Anna Nery Rev. Enferm 2009, abr-jun; 13 (2): 319-27.

NATAL, Gabriela Celina Barbosa; SINIBALDI, Barbara. **Dos rituais às ervas: revisando o ofício de partear**. ECOS/Estudos Contemporâneos da Subjetividade. Volume 11. Número 2021.

Nogueira Léo Carrer, Versonito, Suelen Malheiro, TRISTÃO, Bruno das Dores. **O dom de benzer: a sobrevivência dos rituais de benzeção nas sociedades urbanas – o caso do Município de Mara Rosa**. Rev. Geo. UEG - Goiânia, v.1, n.2, p.167-181, jul./dez. 2012.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **O trabalho do antropólogo**. 2 ed. São Paulo, Editora UNESP, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE — OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 12 de nov. 2023.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1997. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-10032020-120733/publico/DR_325_Osava_1997.pdf>: Acesso em: 20/01/2023.

PAES, Silvia Regina e LEUCHTENBERGER, Ramoci. **Saberes silenciados: o ofício de parteira em comunidades quilombolas do Alto Vale do Jequitinhonha**. Brasília/DF. 2018.

Parteiras Renascem com mais Segurança e Técnicas Tradicionais. Agência Brasil. 2020.
Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais. O Programa
Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares. Brasília: Ed. MS, 2010.

PEREIRA, Marina Santos. **Associação das Parteiras Tradicionais do Maranhão: relato da assistência ao parto.** Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p. 589-601, 2016.

PIEIDADE, Vilma. Dororidade: São Paulo: Editora Nós, 2017. 64 pp.; 12,5 × 21 cm.

PIMENTEL, Cleiton Alves Candeira, RAVENA, Nísia, TRINDADE José Raimundo Barreto. Da estrada de ferro Tocantins à hidrelétrica de Tucuruí: uma leitura baseada no conceito de ambiente construído. Paper do NAEA 2022, Volume 31, Nº 1 (Edição 532).
PINTO, Benedita Celeste de Moraes. **Gênero e Etnicidade: histórias e memórias de parteiras e curandeiras no norte da Amazônia.** Gênero na Amazônia, Belém, n. 2, jul./dez., 2012.

PINTO, Benedita Celeste De Moraes. **Vivências Cotidianas de Parteiras e ‘Experientes’ do Tocantins.** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2002 by Revista Estudos Feminista.

Portal Geledés, 2023. Violência obstétrica contra negras, apontada por Geledés, é tema na ONU. Disponível em: [https://www.geledes.org.br/violencia-obstetrica-contras-negras-Rede-pela-Humanizacao-do-Parto-e-do-Nascimento-\(Rehuna\)-1993-Carta-de-Campinas-\(Michel-Odent\).-Rede-Pela-Humanizacao-do-Parto-medicos-e-do-Nascimento](https://www.geledes.org.br/violencia-obstetrica-contras-negras-Rede-pela-Humanizacao-do-Parto-e-do-Nascimento-(Rehuna)-1993-Carta-de-Campinas-(Michel-Odent).-Rede-Pela-Humanizacao-do-Parto-medicos-e-do-Nascimento). Disponível em <<https://rehuna.org.br/nossa-historia/#>>. Acesso em: 26/11/2022.

RAMOS, S. Coelho. **Baião – A Historia de um Município.** Ed. e Gráfica Valente. Belém – Pará 2009.

Ribeiro, D. C Ferreira. **Conservação e população tradicional em área de unidade de conservação: o caso da Resex Ipaú-Anilzinho.** Monografia, 2024.

RIBEIRO, Janaína de Alencar. Parteiras e paradigmas existenciais opostos. 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016868/bis-v18n2-educacao-comunicacao-70-81.pdf>. Acesso em: 29/11/2022.

SANTIAGO, Joely Coelho. **Arte de partejar: aprendizados e ensinamentos de mulheres parteiras de comunidades remanescentes de quilombos do Vale do Guaporé – RO.** Revista Presença Geográfica, Vol. VI, Num. Especial, 2019.

SANTOS, Diranice Cesário dos, ALMEIDA, Severina Alves de, BRITO, Rogério dos Reis, SANTOS, Eliseu José dos, MELO, Marcelo José de Sousa. **Parteiras Quilombolas Kalunga de Engenho II: Tradição, Memória e Identidade.** J Business Techn. 2017.

SANTOS, Maryelle Peres da Silva; CAPELANES, Beatriz Castro Souza; REZENDE, Kátia Terezinha Alves; CHIRELLI, Mara Quaglio. **Humanização do parto: desafios do Projeto Ápice On.** (artigo) Ciência & Saúde Coletiva, 27(5):1793-1802, 2022.

SANTOS, Odaleia Maria Brggmann. Enfermagem como dialogo Vivo: Uma proposta Humanista no Cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento. Florianópolis, abril, 1998.

SANTOS, Renata de Oliveira Braga. **GUERRA E PARTO Uma análise antropológica sobre a humanização do nascimento em Belo Horizonte.** Dissertação de mestrado, Belo Horizonte. 2016.

SCHUMAHER, Schuma; BRASIL, Érico Vital. **Mulheres negras do Brasil.** Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2007.

SILVA, Sandra Cavalcante. Parteiras Tradicionais: Atenção à Gestação e ao Parto em uma comunidade rural Amazônica do Município de Itacoatiara – Amazonas. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, MANAUS – AM, 2017.

SOUSA, Taciane Melo. O Cuidado Oferecido por Parteiras Tradicionais: Redes de Saber, Cuidado e Integralidade na Atenção à Gestação, ao Parto e ao Puerpério. Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia. FIOCRUZ. Manaus – AM, 2018.

TORNQUIST, Carmen Susana. **PARTO E PODER O movimento pela humanização do parto no Brasil.** Florianópolis, agosto de 2004. X Marcha Pela Humanização do Parto Reforça a importância da rede de atenção. Cofen. 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/x-marcha-pela-humanizacao-do-parto-mostra-a-importancia-da-assistencia-a-gestacao-ao-parto-e-ao-puterperio_104399.html. Acesso em: 28/11/2022.

Vaz Filho, Florêncio Almeida . **Pajés, benzedores, puxadores e parteiras:** os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia. Santarém: Ufopa, 2016.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Parte I - História, política, conceitos A medicalização do corpo feminino. GIFFIN, K., and COSTA, SH., orgs. Questões da saúde reprodutiva [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p. ISBN 85-85676-61-2. Available from SciELO Books.

ZAMPIERI, M. F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal:** um olhar para além das divergências e convergências. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.