



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

PARTEIRA: SABER INICIADO ENTRE AS MULHERES

Marina Santos Pereira (marinaachiles@gmail.com) -Universidade Estadual do Maranhão

EIXO 4– SABERES TRADICIONAIS E MEDICINAS ALTERNATIVAS

RESUMO

O presente artigo tem o objetivo de suscitar uma discussão e reflexão acerca do trabalho das parteiras tradicionais no atendimento ao parto, como sendo um evento de mulheres, bem como discutir o processo de apropriação da parturição pelos médicos, detentores do saber científico em relação do saber informal das parteiras tradicionais. A autora, ao escolher a via antropológica como abordagem teórica e metodológica para desenvolver o estudo, fez com que se relativizassem as concepções acerca das assistências pré-natal e natal que as parteiras prestam às gestantes, confrontando-as àquelas do serviço de saúde do Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Penha. Desta feita, foi necessário por em pauta esses atores sociais, observando o tipo de relação que apresentam e procurando reconstituir, teoricamente, continuidades e descontinuidades entre eles. O procedimento de campo exigiu a previsão de entrevistas abertas com as gestantes, parteiras e profissionais do serviço de saúde do referido hospital que fazem acompanhamento do trabalho das parteiras. O resultado da pesquisa apontou que o trabalho desenvolvido pelas parteiras tradicionais contribui com o processo de conscientização das gestantes para a realização do pré-natal, além de proporcionar conforto psicológico para as gestantes e parturientes, humanizando assim o atendimento prestado à mulher no período gravídico.

Palavras-chave: parteira tradicional. tradição assistência ao parto parturiente.

ABSTRACT

This paper aims to bring forth debates and reflections on the traditional midwives' work with regard to childbirth assistance, considering it as a female event. It also aims to discuss the process through which parturition should be considered under the care of physicians, once the latter are scientifically qualified to conduct such a work rather than relying on midwives' informal knowledge. The author chose the anthropological via as a theoretical and methodological approach to develop her study. As a result, the conceptions regarding the prenatal and natal care offered by midwives when compared with the health services provided by *Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Penha* turned out to be relative. Thus, it was necessary to bring to a focus these social actors, noting the type of relationship among them and trying, theoretically, to reconstitute the continuities and discontinuities between them. The fieldwork required open interviews with pregnant women, midwives and healthcare professionals in charge of monitoring the work of midwives in the hospital. The result of the research pointed out that the work of traditional midwives contributes to the process of awareness of pregnant women to prenatal care, in addition to providing psychological comfort for pregnant women and women in labor, humanizing the care given to women during pregnancy.

Key-words: traditional midwife tradition childbirth assistance parturient.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil, nas últimas décadas do século XX, vem desenvolvendo programas na área de saúde pública voltados para os cuidados pré-natal e obstétrico do segmento mais pobre da população.



O encorajamento do parto realizado por médicos, em vez de parteiras¹, foi um dos principais objetivos desses programas. A finalidade, portanto, era melhorar a segurança no parto e assim diminuir o elevado índice de mortalidade materna e perinatal existente no país, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, uma vez que, no Brasil, dada a sua dimensão e heterogeneidade, o problema da mortalidade materna se acentua nas referidas regiões.

Esses programas conseguiram ampliar a cobertura dos exames pré-natais, e, conseqüentemente, o número de partos hospitalares aumentou; entretanto, não conseguiram reduzir de forma significativa a mortalidade e morbidade perinatal e materna.

Os países que apresentam baixa taxa de mortalidade materna e perinatal, como a Alemanha e a Holanda, conseguiram reduzi-la por meio da promoção do retorno ao parto humanizado.² Nesses países, as parteiras foram chamadas a contribuir para a redução desse quadro. Lá, elas são consideradas profissionais independentes, e, para isso, são treinadas.

A própria Organização Mundial de Saúde – OMS (1996) aconselha que a formação de obstetrias e parteiras deva ser estimulada, pois a pessoa com habilidades de parteira parece ser a profissional de saúde mais adequada e “custo-efetiva [sic] para prestar assistência à gestação e nascimentos normais.” (SAMPAIO *et al.*, 1996, p. 2).

No Brasil, o conceito de parteiras tradicionais atuando como profissionais independentes é um assunto que suscita algumas discussões, pois aqui não existe ainda uma posição oficial em relação à regulamentação da profissão de parteira; no momento está em tramitação na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara Federal o Projeto de Lei nº 2.354/2003, de autoria da deputada federal Janete Capiberibe (PSB-AP) juntamente com os deputados Henrique Afonso (PT-AC) e Manoel Ferreira (PTB-RJ), que propõe a sua regulamentação.

Além da falta de regulamentação de sua profissão, as parteiras encontram dificuldades na execução do seu trabalho, que vai desde a exígua ajuda que recebem dos serviços de saúde local até a forma discriminatória com que são tratadas por grande parte dos profissionais do serviço de saúde.

2. OFÍCIO DE PARTEJAR

¹ Parteira: mulher que assiste aos partos, ajudando ou socorrendo as parturientes.

² Sobre a humanização do parto, v. Tornquist (2004).



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

Até o aparecimento da medicina moderna, as mulheres pariam seus filhos em casa e eram assistidas por outras mulheres que sabiam “aparar crianças”. Os acontecimentos acerca da gravidez, do parto e do cuidado com as crianças eram decifrados por práticas e gestos de uma cultura essencialmente feminina que ainda trilhava distante do olhar da Medicina. Assim demonstra Del Priore (1995), pois as práticas que envolviam o parto das mulheres no Brasil colonial eram um evento de mulheres; revela também que a situação agonizante gerada por um parto difícil requeria a participação da vizinhança, tornando-o um evento coletivo.

Ressalta ainda que as mulheres se valiam de rezas e benzimentos, bem como de instrumentos do mundo doméstico, como a bacia, a tesoura para cortar o cordão umbilical e da garrafa de cachaça para limpar a tesoura, assim como do azeite, óleo ou banha para as massagens – o parto era um momento de solidariedade entre mulheres que contavam com a ajuda das parteiras, chamadas de “aparadeiras” ou “comadres” (DEL PRIORE, 1995).

Embasados em Giddens (1995), podemos dizer que, no contexto tradicional, as parteiras agiam como guardiãs de alguns aspectos da memória coletiva, que é compreendida por ele como a contínua reconstrução do passado, tendo como sustentáculo o presente. A tradição então faz uso de rituais que a revitalizam no presente; essa reconstrução pode ser em parte individual, mas é essencialmente social e coletiva.

Giddens (1995, p. 127) enfatiza que a tradição envolve o que ele denomina de verdade formular “aquilo que liga o sagrado à tradição e que torna os aspectos centrais desta última intocáveis”, à qual apenas determinadas pessoas têm acessibilidade. Dessa forma, os guardiões detêm a autoridade nos sistemas tradicionais:

Os guardiões, sejam eles idosos, curandeiros, mágicos ou funcionários religiosos, têm muita importância dentro da tradição porque eles são os agentes, os mediadores essenciais de seus poderes causais. Lidam com os mistérios, mas suas habilidades de arcanos provêm mais de seu envolvimento com o poder causal da tradição do que do seu domínio de qualquer segredo ou conhecimento esotérico. (GIDDENS, 1995, p. 83).

Descreve ainda Giddens (1995) que o saber do guardião não o coloca numa posição superior em relação ao resto da comunidade; entretanto, ele assume uma posição de destaque como mestre. Ele ainda tem o livre arbítrio para ajudar quem recorre a ele e



ainda recebe em troca uma espécie de pagamento, que pode ser um presente ou um cumprimento de uma obrigação.

Do mesmo modo, algumas parteiras desfrutam de credibilidade nas comunidades em que atuam, porquanto são reconhecidas como detentoras de um saber próprio, e, ao fazerem uso desse saber, elas têm a liberdade para cobrar ou não; portanto, não existe nenhuma regra entre elas que proíba o não recebimento de um pagamento por um parto executado, mesmo que reiteradamente elas considerem esse saber como um dom divino.

Retomando os acontecimentos a respeito da gravidez e parto sob os cuidados das parteiras, Martins (2004) relata que, não obstante a carência de registros legados pelas parteiras, acredita-se, com base em informações provenientes de outras especialidades – como a Arte, a Antropologia e a Arqueologia, entre outras ciências. – ser esta a profissão mais antiga do mundo. Circunscrito ao âmbito domiciliar e imerso culturalmente em tradições, rituais e crenças, todo o processo do parto e do nascimento era atendido pela parteira. Assim, a parteira pode ser considerada como a primeira pessoa a ter praticado a Medicina (DINIZ, 1997), administrando como parte de sua tarefa uma terapia ginecológica rudimentar.

Como naquele período as parteiras não documentavam as suas ações, até mesmo porque sua maioria advinha de estratos sociais inferiores, portanto sem acesso a uma formação mínima, como a alfabetização, dessa forma a transmissão de seu conhecimento se dava oralmente. Ressalta Aires (2006) que essa falta de registro sistemático da sua atuação e do saber construído por elas gerou uma lacuna na história deste conhecimento, vazio esse que foi preenchido com as mais diversas denúncias e opiniões desfavoráveis feitas pelos médicos sobre a atuação delas no atendimento ao parto e ao nascimento.

Entretanto, Tornquist (2000) chama a atenção para o fato de que as denúncias médicas não faziam menção à falta de conhecimentos relativa às manobras do parto, mas sim a respeito das condições de higiene em que era realizado.

Os médicos passam a ter um envolvimento maior com os procedimentos do parto e pós-parto, dando início a um momento crucial na história da parturição no Ocidente, que foi a apropriação de um trabalho antes realizado pelas parteiras, e agora institucionalizado nas práticas médicas, redefinindo assim os modos de vida tradicionais. Esse processo passou a ser chamado nos estudos acadêmicos de “medicalização do parto”, porém ele não se deu de forma simples, linear nem semelhante em todos os lugares.



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

Na Europa, esse processo delinea-se por volta dos séculos XVII e XVIII; no Brasil, vai ser disseminado com a transferência da corte imperial portuguesa para a colônia, com a inauguração das Escolas de Medicina e Cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808.

Esta mudança coloca em cena a sobreposição do saber científico dos médicos, “os especialistas”, em detrimento do saber popular das parteiras, “as guardiãs da tradição”. Para Giddens (1995), o que diferencia os guardiões da tradição e os especialistas nas sociedades modernas é que, na ordem tradicional, o fortalecimento do guardião advém mais do seu *status* do que de uma ideia de competência, a qual se constitui no aspecto mais importante na ordem moderna. De modo geral, a confiança não é mais caracterizada pelo envolvimento face a face, agora ela está assentada em sistemas abstratos, descentralizados e desincorporados.

As características desincorporadas dos sistemas abstratos significam uma constante interação com outros ausentes – pessoas que nunca vimos ou encontramos, mas cujas ações afetam diretamente características de nossa própria vida. A especialização é desincorporada, porque se baseia em princípios impessoais, que podem ser determinados e desenvolvidos independentes do contexto. A descentralização refere-se ao fato de que os sistemas abstratos manejados por especialistas são em larga medida recombinações locais de conhecimento derivado de outros lugares. Como sistemas descentrados, abrem-se para qualquer pessoa que tenha tempo, recursos e talento para captá-los, eles podem, desta forma estar alocados em qualquer lugar. (GIDDENS, 1995, p. 105-106).

O processo de constituição da autoridade médica no Brasil, ocorrido a partir do século XIX, foi objeto de análise para vários estudiosos, entre os quais Brenes (1991), Tornquist (1998) e Rodhen (2001). De acordo com as referidas autoras, fatores como o processo de urbanização e higienização das cidades, juntamente com a instalação de um saber médico científico e social, foram determinantes para a consolidação desse saber.

Ressaltam que, numa época em que a insalubridade começou a ser vista como sinônimo de atraso, era fundamental modificar costumes e hábitos considerados não civilizados e pouco higiênicos.

Sobre isso, Foucault (2008a) descreve que surge uma nova forma de gerir a vida da população; nesse processo, estão incluídos os estudos estatísticos, demográficos, as



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

taxas diferenciais de mortalidade, registros de nascimentos e de doenças, conhecimento da distribuição, concentração e controle das epidemias, que vão constituir um biopoder, fundado na anátomo-política do corpo e na biopolítica do controle populacional.

Na discussão que Foucault (2008b) faz sobre o nascimento do hospital, ele evidencia esse processo; afirma que a introdução de práticas disciplinares no espaço do hospital como objetivo de transformá-lo em um instrumento de intervenção sobre a doença e o doente é que vai possibilitar a sua medicalização. O hospital antes era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres e ao mesmo tempo um instrumento de exclusão e separação, bem como um espaço de transformação espiritual, onde a função médica não aparecia. Os funcionários dos hospitais eram irmãos de caridade (ou similares) e pessoas leigas, que, com sua ação de caridade, visavam assegurar a própria salvação eterna, além da dos pobres recolhidos naquele ambiente.

A introdução de mecanismos disciplinares no espaço do hospital também foi importante para a prática da medicina do meio que estava se constituindo, na medida em que a doença era concebida como um fenômeno natural, obedecendo a leis naturais. A cura da doença estava, então, na manipulação desse espaço, ou seja, em tudo o que o circundava a: o ar, a água, a alimentação, a temperatura do ambiente e o regime, e outros fatores. O hospital passava a ser o espaço por excelência do saber e da prática médica.

[...] com a disciplinarização do espaço hospitalar que permite curar, como também registrar, formar e acumular saber, a medicina se dá como objeto de observação um imenso domínio, limitado, de um lado, pelo indivíduo e, de outro, pela população. Pela disciplinarização do espaço médico, pelo fato de se poder isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito, prescrever-lhe um regime, etc., pretende-se chegar a uma medicina individualizante. Efetivamente, é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médicos. Mas, ao mesmo tempo, pelo mesmo sistema do espaço hospital disciplinado se pode observar grande quantidade de indivíduos. Os registros obtidos cotidianamente, quando confrontados entre os hospitais e nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população. O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. A redistribuição dessas duas medicinas será um



fenômeno próprio do século XIX. A medicina que se forma no século XVIII é tanto uma medicina do indivíduo quanto da população. (FOUCAULT, 2008b, p. 111).

A Medicina científica, com a obrigação de higienizar a cidade, assumiu como objeto de investigação todas as situações e possibilidades, entre elas a prática da parturição, denominando-a Arte Obstétrica. De acordo com Jordan (1993), umas das antropólogas pioneiras a se debruçar em estudos transculturais sobre parto, a Medicina se torna, nesse período, “um saber autorizado” e, no processo de sua hegemonização, deslegítima, desvaloriza e desautoriza outras formas de saber existentes.

Assim, as parteiras foram acusadas de praticar a parturição com falta de higiene e assepsia. Por essa razão, foram proibidas de amparar as mães e principalmente crianças; isto implicou desqualificação do ofício das parteiras juntamente com outras práticas de cura populares, como os curandeiros e boticários.

Sugere Mott (1999) que esta construção da parteira no imaginário social como mulher ignorante e desqualificada para o atendimento ao parto faz eco há tempo na área da saúde, como também em grande parte da sociedade. Surgida há séculos, esta imagem continua presente “não só na literatura médica brasileira do século XIX, como também na de vários países, tendo sido inclusive incorporada por historiadores e sociólogos do século XX.” (MOTT, 1999, p. 25). Assim, é recorrente encontrarmos pessoas que se surpreendem quando falamos sobre essa profissão.

Ao longo da história da humanidade, é possível verificar que a mulher sempre deteve o papel principal na assistência ao parto, independentemente do universo cultural em que estivesse inserida. A literatura sobre a história do atendimento à gestante e à parturiente aponta que, aproximadamente até o século XVII, as mulheres pariam seus filhos exclusivamente entre elas, através de intercâmbio de experiências vivenciadas e passadas de mãe para filha, ou de parteiras, e todo o conhecimento do processo de nascer se construía oralmente.

O envolvimento dos médicos no cenário do parto dá início ao processo de desqualificação do trabalho das parteiras, conforme afirmamos anteriormente, pois elas perdiam espaço para a Medicina acadêmica que surgia naquele período e incorporava a parturição como um campo específico (que mais tarde viria a constituir a obstetrícia). Contudo, ratificando a nossa reflexão, Muraro (1998)³ assevera que “quando cessou a caça às bruxas, no século XVIII, houve grande transformação na condição feminina”: não mais

³ <<http://scholar.google.com.br/scholar?q=muraro>>.



imoladas como feiticeiras, as portadoras do saber feminino popular encontraram um campo – embora ainda subalterno – para desenvolver-se à distância da sombra do poder médico masculino já solidificado⁴.

3. CONCLUSÃO

Finalizando a incursão sobre o ofício das parteiras como um saber de mulheres, assegura Mott (1998) que, até a metade do século XIX, já com a Medicina tendo incorporado a parturição como atividade médica, as parteiras continuavam atuantes, pois eram requeridas pelas parturientes – por serem mulheres –, e os próprios médicos as requisitavam para atendimentos de suas esposas e pacientes.

A visão que a maior parte dos brasileiros tem sobre as parteiras é que o seu serviço é uma alternativa inferior às práticas da medicina moderna e que somente as mulheres grávidas residentes em lugares longínquos são assistidas por elas.

Ressaltamos que essa é uma percepção arraigada na ideia da supremacia do saber científico em relação ao saber popular, pois, na história da assistência ao parto, possivelmente não exista profissional com tamanha importância e representatividade tal qual a parteira tradicional: a sua atuação é tão antiga quanto a própria humanidade.

E, na contramão do que muitos pensam, as parteiras são atuantes não somente em lugares distantes, onde é difícil o acesso aos serviços de saúde, mas também nas zonas periféricas das cidades das regiões norte e nordeste, assistindo aquelas mulheres grávidas que, por razões diversas, não conseguem o atendimento médico-hospitalar.

Entretanto a invisibilidade do trabalho das parteiras tradicionais e a falta de regulamentação da sua profissão limitam a sua atuação, pois o seu isolamento e a consequente falta de treinamento formal contribuem para que se questione a adequação dos cuidados que elas dão às mulheres, além de corroborar com a ideia de inferioridade de seu atendimento.

Não obstante os entraves colocados em seu trabalho, reiteramos que as parteiras tradicionais continuam atuando e estão organizadas em grupos ou associações em diversos estados brasileiros.

REFERÊNCIAS

AIRES, Maria Juracy. **Técnica e tecnologia do parto: a produção e apropriação do conhecimento tecnológico por parteiras tradicionais**. 2006. Dissertação (Mestrado em Tecnologia) – Centro Federal de Ensino Tecnológico do Paraná, Curitiba, 2006.

⁴ *Ibid.*



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

- BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil no século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr./jun. 1991.
- DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1995.
- DINIZ, Simone G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1997. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: MACHADO, Roberto (Ed.) **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2008a. p. 79-98.
- _____. O nascimento do hospital. In: MACHADO, Roberto (Ed.) **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2008b. p. 99-111.
- GIDDENS, Anthony. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: GIDDENS, Anthony; BECK, Ulrich; LASH, Scott. **Modernização reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: FEU, 1995.
- JORDAN, Brigitte. **Birth in four cultures** – crosscultural investigation of childbirth in Yuacatan, Holland, Sweden and United States. Illinois: Waveland, 1993.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- MOTT, Maria Lucia. **Parto, parturientes**: Mme: Durocher e sua época. 1998. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- MURARO, Rose Marie. Breve introdução histórica. In: KRAMER, Heinrich; SPRENGER, James. **O martelo das feiticeiras**. [Rio de Janeiro: Record: Rosas dos Tempos, 1998]. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar?q=muraro>>. Acesso em: 12 de mar. 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996.
- RODHEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- SAMPAIO, Alessandra et al. **Parteiras tradicionais e suas práticas na área rural de Pernambuco**. [Recife], 1996. Disponível em: <<http://www.abep.enpo.unicamp.br/docs/anis/PDF/1998/a156.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2008. p. 2.
- TORNQUIST, Carmem Susana. **Mães em velhas mãos**: partos e parteiras na Ilha de Santa Catarina. Relatório final da pesquisa: modernidade e maternidade entre os grupos populares ilhéus. [S.l.]: FAED/UDESC, 1998.
- _____. A mão e a luva: o processo de medicalização do parto e o corpo feminino em Florianópolis. In: MORGA, A. (Org.). **História das mulheres de Santa Catarina**. Florianópolis: Argos/Letras Contemporâneas, 2000.
- _____. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.