

Dos rituais às ervas: revisando o ofício de partejar

*From rituals to herbs: reviewing the
work of midwifery*

Gabriela Celina Barbosa Natal, Barbara Sinibaldi

Resumo

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que tem por objetivo problematizar a institucionalização e a medicalização do parto, reconhecendo e valorizando outras práticas de saúde, como o ofício das parteiras tradicionais, produzidos a partir de processos não formais, de modo empírico, corporal e natural. A discussão expõe a influência que a medicina exerce em todos os aspectos da vida dos sujeitos, sua necessidade de normatização, controle e higienização, uma vez que tais fatores favoreceram a apropriação do ofício de partejar, que ao ser acoplado ao conceito que Foucault nomeou de biopolítica fortalece a hegemonia médica que consolidou-se de forma predominantemente masculina e como o efeito da heteronomia causada por esse modelo contribuiu para a retirada do protagonismo feminino.

Palavras-chave

Parteira, Tradição, Mulher.

Abstract

It is a bibliographical research which has the objective of problematizing the institutionalization and medicalization of childbirth, recognizing and valuing other health practices, such as the work of traditional midwives produced from non-formal processes, in an empirical, corporal and natural way. The discussion exposes the influence that medicine exerts in all aspects of people lives, its need for standardization, control and hygiene, once these factors favored the appropriation of the work of midwifery, which being complimented with the concept that Foucault named biopolitics, strengthens the medical hegemony that has been consolidated in a predominantly male way and how the effect of the heteronomy caused by this model contributed to the withdrawal of female protagonism.

Keywords

Midwife, Tradition, Woman.

Gabriela Celina Barbosa Natal

UNIFIO

Pós-graduanda em Educação, Sociedade e Tecnologia pelo Instituto Federal do Paraná (IFPR) - Campus de Jacarezinho. Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos (2018). Atuo como psicóloga clínica no Centro de Atendimento Plínio Fortes de Alcântara - APAE de Jacarezinho e como psicóloga escolar/educacional no Colégio ELO. Voluntária no projeto de psicologia da ONG Núbia Rafaela Nogueira ALGBTI+ de Jacarezinho/Paraná.

gabielina@hotmail.com

Barbara Sinibaldi

UNIFIO

Psicóloga clínica, Professora no Centro Universitário das Faculdades Integradas de Ourinhos - UniFio. Graduação em psicologia pela UNESP-Assis (2009) e Mestrado em Psicologia e Sociedade pela UNESP-Assis (2013).

sinibarbara@gmail.com

Introdução

A consolidação da medicina possibilitou que as mudanças tecnológicas se impusessem as formas comuns de partejar, as práticas tradicionais adquiriram caráter clínico e com base na predominância desse modelo entende-se que parir é um ato cirúrgico.

O parto acabou se concentrando no hospital. Esta institucionalização somada as intervenções trouxeram a ele um caráter de risco, insatisfação, violência e frustração, que impossibilita a mulher de ter um momento prazeroso e gratificante (DIAS, 2007).

Permitiu-se que essa experiência singular e afetuosa, uma ocasião de vida, um ato social e de cuidado, fosse tirado de dentro das casas das famílias para ser tratado como um ato asséptico, abusivo e frio (BRASIL, 2014).

Parir é um ato biológico, fisiológico, natural, familiar e social. O renascimento do parto natural e da figura da parteira possibilita o fortalecimento de práticas que pertencem a um patrimônio cultural imaterial, diferente dos cenários das últimas décadas onde o parto se transformou em um negócio, algo comercializado que envolve, hospitais, laboratórios, médicos, enfermeiros e técnicos da saúde com o intuito de gerar lucro (CARVALHO, 2015).

Este trabalho visa problematizar a institucionalização e medicalização do parto, a partir de conceitos como o da biopolítica apresentado por Michel Foucault e da iatrogênese, por Ivan Illich. Além disso, busca conhecer as experiências das parteiras tradicionais, estimulando a valorização desses conhecimentos produzidos em processos não formais, pois são práticas essenciais para a saúde e fortalecimento da autonomia da mulher.

Naturalização do domínio sob o corpo da mulher

A emergência da medicina enquanto área de saber técnico-científico se deu no século XVIII, e desde sua origem vem entrelaçando-se cada vez mais aos interesses de controle populacional e higienização dos espaços e das relações sociais (COSTA; STOTZ; GRZYNSZPAN; SOUZA, 2006).

O parto que entre o século XVI e XVIII era um evento realizado em casa, de maneira não intervencionista, amparado por parteiras que aperfeiçoavam suas práticas através de um saber empírico. Disseminado de geração a geração, despertou o interesse da medicina devido à necessidade de controle e higienização citados acima, ocasionando a incorporação da obstetrícia à medicina sob o argumento de um provável potencial patológico (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

A intervenção médica potencializa-se quando é acoplada ao dispositivo que Foucault nomeou de biopoder. Esse dispositivo tem um modo específico de funcionar, diferente da soberania, onde através do direito de fazer morrer ou deixar viver a figura do soberano exercia seu poder. No final do século XVIII surgem duas tecnologias de poder que são sobrepostas, a primeira forma de organização do biopoder é a disciplina, centrada no corpo, com o objetivo de torna-lo útil e dócil, um corpo vigiado e treinado (FOUCAULT, 2005).

Logo após a primeira tomada de poder sobre o corpo que se deu de forma mais individualizante, instala-se uma nova tecnologia, que irá integrar e utilizar a técnica disciplinar para controlar a multiplicidade dos homens enquanto massa global, atingindo processos comuns a toda população, como o nascimento, morte e reprodução, essa tecnologia é nomeada de biopolítica da espécie humana, e buscará estabelecer mecanismos reguladores, que visam manter um equilíbrio em torno do aleatório que compõe uma população de seres vivos, assegurando uma

regulamentação dos processos biológicos. Não basta fazer viver, é preciso controlar os acidentes, as deficiências, as eventualidades e a morte (FOUCAULT, 2005).

As estratégias de controle biopolítico, determinadas pelos saberes disciplinares e que pretendem gerenciar e regular a população por meio dos processos que envolvem a vida e também a morte, irão reger os corpos seus prazeres e todos os seus processos biológicos [...] (FERRAZA; PEREZ, 2016, p. 20).

A busca pelo domínio das massas que se exerce pela biopolítica somado aos avanços tecnológicos impôs sobre a forma tradicional de partear técnicas pautadas na ciência da medicina, que vem exercendo de forma cada vez mais refinada o controle sobre a vida. Aos poucos o parto foi passando por um processo de institucionalização e medicalização.

O resgate do parto enquanto evento não intervencionista, amparado por práticas de saúde construídas por processos não formais, não compete ou mesmo desqualifica os benefícios agregados através dos avanços da tecnologia e da incorporação da medicina no campo da parturição. Quando uma intervenção é bem indicada, torna-se um recurso valioso, a problemática se instaura a partir do momento em que essas intervenções são utilizadas de forma maciça, construindo um cenário onde o domínio e poder absoluto sobre o parto se concentra na prática médica e hospitalar, impossibilitando outras atuações como a das parteiras.

Devido ao crescimento da tecnologia houve uma migração em massa para os hospitais, movimento que favorece o controle dos médicos sobre o parto, e o desempoderamento das mulheres que passam a se conformar com os novos padrões (PAULA; CHAUVET, 2013).

De acordo com o Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto, a transição do domicílio para o hospital foi substancial para que o parto se transformasse em um evento alienado e desumanizado. Contudo, como afirma Souza, não foi uma simples “mudança de endereço”, mas de um conjunto de valores e concepções, que tem consonância com o processo de medicalização consolidado no Brasil a partir da segunda metade do século XX (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012, p. 4-5).

Até o século XVII, o hospital tinha um caráter assistencialista, era uma instituição com “função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que a material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população” (FOUCAULT, 1979, p. 59).

Hospital e medicina permaneceram independentes até meados do século XVIII, no entanto ocorre uma reorganização do hospital através da tecnologia da disciplina, a introdução dos mecanismos disciplinares possibilitou a medicalização do hospital (FOUCAULT, 1979).

Segundo Toassa (2012) o termo medicalização não consiste apenas no uso excessivo de medicamentos, mas em uma lógica onde os indivíduos tendem a interpretar problemas de diversas raízes como fatos clínicos objetivos. O processo de medicalização equivale a crescente apropriação da medicina sobre os modos de vida do homem, a partir do estabelecimento de normas morais, de condutas e do controle de comportamentos, o que torna o indivíduo submetido ao saber produzido por agentes educativos – terapêuticos (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

O médico que até então era uma figura que fazia visitas irregulares aos hospitais, passa a deter o controle dessa instituição, sendo o

responsável por sua organização. Há uma inversão nas relações hierárquicas, o que possibilita uma transformação dos saberes e práticas médicas. Além de curar, o hospital passa a registrar e acumular saber, onde a população se configura como alvo da intervenção da medicina (FOUCAULT, 1979).

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no corpo biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu-se a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1979, p. 47).

Os médicos se constituem com os únicos profissionais a estarem aptos a exercer a obstetrícia, favorecendo os abusos excessivos do uso de novas tecnologias (BARROSO, 2009).

A realização do parto no hospital contribuiu para a redução de óbitos maternos e neonatais, no entanto o efeito da imposição das rotinas da instituição retirou a individualidade, autonomia e protagonismo do processo parturitivo das mulheres (SOUZA; ALMEIDA; FLÔRES; COELHO, 2019).

O parto é um acontecimento inerente à vida da população. O nascimento conjuga os eventos mais temidos da humanidade, vida, morte e sexualidade. Todos esses fatores geraram a necessidade de ritualizar o parto, para criar a ilusão de exercer o controle sobre o incontável, além de justificar o uso de muitas intervenções (PAULA; CHAUVET, 2013).

Sexualidade e reprodução são pontos importantes na busca do controle social, ainda que essas questões sejam tanto masculinas quanto femininas, é o corpo da mulher que se transforma em objeto de saber médico. O corpo feminino sempre foi visto como uma ameaça a estabilidade moral e social, em razão disso tem sido regulado através de normas baseadas em crenças religiosas ou médicas (VIEIRA, 2002).

Na passagem do século XVIII para o XIX o corpo da mulher passou por um processo de medicalização da sexualidade. Saberes disciplinares médicos e morais determinariam comportamentos adequados ao corpo feminino, inviabilizando a possibilidade de problematizar seus direitos sexuais e a experiência da maternidade, afirmando as desigualdades entre os gêneros em um viés machista e misógino (FERRAZA; PERES, 2016).

Com o deslocamento do parto domiciliar para o hospital fortaleceu-se o processo de dominação masculina e a retirada do protagonismo da mulher, que até então era quem detinha os conhecimentos sobre a parição (SOUZA apud MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

A supremacia do médico como figura responsável por normalizar questões referentes ao corpo feminino foi construída gradativamente, e esteve entrelaçada a concepção da medicina como área do saber científico (COSTA; STOTZ; GRZYNSZPAN; SOUZA, 2006).

Esse envolvimento médico no procedimento do parto e pós-parto foi ampliando-se cada vez mais, promovendo a institucionalização do trabalho realizado pelas parteiras, que gradativamente perdeu espaço para a medicina (PEREIRA, 2011).

O recolhimento das parteiras do cenário público aconteceu devido à legitimação da prática médica, que torna o ofício de partejar uma realidade do passado nos grandes centros urbanos (BARROSO, 2009).

Com a medicalização do parto as parteiras foram acusadas de executar seu trabalho com falta de higiene e assepsia, sendo proibidas de amparar mães e crianças. A visão produzida junto à população foi a de que seus

serviços eram inferiores aos da medicina moderna, percepção arraigada na ideia da supremacia do saber científico em relação ao saber popular. É importante destacar que a assistência ao parto feita pela parteira é tão antiga quanto à própria humanidade. A invisibilidade do trabalho da parteira tradicional somado a falta de regulamentação de sua profissão limitou sua atuação, pois com seu isolamento e falta de treinamento passou-se a questionar ainda mais a adequação dos cuidados que elas fornecem e a inferioridade de seu trabalho (PEREIRA, 2011).

Todo esse processo possibilitou que houvesse uma modificação nos paradigmas de atenção ao parto. Nosso país tem um modelo centrado na tecnologia, onde o parto é entendido como um ato cirúrgico, ao invés de um evento fisiológico, fator que contribuiu para a criação da cultura da cesária, um modo de nascer que se adequa melhor a sociedade de consumo (PAULA; CHAUVET, 2013).

O médico francês Mauriceau no ano de 1700 foi o responsável por introduzir o parto em decúbio dorsal (deitado) em mesa alta, Carvalho (1994) ressalta que:

A inovação do parto deitado era apenas para as senhoras da corte, que tinham uma vida ociosa e, por essa razão, eram obesas, marca da opulência, não conseguindo manter-se agachadas. Os médicos, por sua vez, cheios de punhos de rendas, fraques e perucas, ficariam melhor acomodados sentados em um banco em frente a uma mesa alta. Sem se preocuparem com as consequências, buscavam a própria comodidade. Da Europa ao Brasil, a novidade veio rápido. Quem paria acorada era pobre e atrasada; só quem sabia e podia fazer o parto era o médico. Foi sendo introjetado, na sociedade esse conceito que interferiu diretamente na nossa cultura e trouxe consequências sérias para a saúde da mulher e da criança (CARVALHO, 1994, p. 32-33).

O Brasil é o campeão mundial em cesarianas, a OMS (Organização Mundial da Saúde) declara que parto não é doença, no entanto 85% dos partos acontecem em hospitais, onde o médico é mais importante que o bebê que irá nascer, e o regulamento da instituição é mais respeitada que o momento de parir que a mulher vivencia (CARVALHO, 1994).

A cesariana é um procedimento cirúrgico que deveria ser indicado em casos de complicações na gestação que coloquem em risco a vida da mãe e/ou a do bebê. Justamente por se tratar de um procedimento cirúrgico a cesárea não é isenta de danos, inclusive está associada no Brasil a maior morbimortalidade (incidência de óbitos numa população) materna e infantil comparada ao parto vaginal (FAUNDES; CECATTI, 1991; MCCLAIN, 1990; MILLER, 1988 apud BARBOSA, 2003).

O parto natural, em casa é uma raridade no mundo moderno. A pressa e a mecanização do nosso dia-a-dia levam as mulheres a maternidades e, muitas vezes, a mesa de cirurgia, onde são feitas cesarianas desnecessárias. Resgatar o parto natural é resgatar qualidade de vida e trazer de volta um personagem tradicional em nossa história – a parteira (CARVALHO, 1994, p. 32).

Saccaro (2009) aponta que as intervenções que o parto sofre rotineiramente contribuíram para torna-lo um processo impessoal, visto como um obstáculo entre mãe e bebê. As intervenções são baseadas em instrumentos tecnológicos e protocolos padrões, entendendo que todos os partos são acontecimentos perigosos, ignorando o fato de que o mesmo é um processo fisiológico, e que o corpo feminino está preparado para dar a luz sem interferências.

O uso rotineiro do hormônio ocitocina para acelerar as contrações e o trabalho de parto é um dos exemplos de intervenções, acontece que quando não há sofrimento fetal, o tempo do parto deve ser respeitado, pois o uso da ocitocina intensifica as dores. De formas mais invasivas há também a episiotomia (corte do músculo perineal entre a vagina e o ânus) é feita nas mulheres sob o argumento de que não há passagem para o bebê ou como medida para não “afrouxar” a vagina, entretanto esse corte aumenta a chance de infecções, hemorragia e incontinência urinária. Outra intervenção é a manobra de Kristeler (alguém empurra a barriga da mãe com força para baixo) com a finalidade de ajudar a descida do bebê mas, além de ser um procedimento incomodo, contribui para complicações maternas e fetais graves como o deslocamento da placenta (SACCARO, 2009).

Uma das principais preocupações de Ivan Illich refere-se à perda de autonomia das pessoas, pois as tornam reféns do saber de especialistas para o cuidado de seu bem-estar (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Carvalho (1994) ressalta a necessidade de garantir o direito de escolha da mulher de como, onde e com quem ela quer parir, visto que o conhecimento biomédico objetificou o corpo feminino a partir do fundamento de que ele é imperfeito e ambíguo. Os fatores de risco e incerteza além de fortalecer um modelo de assistência ao parto pautado na lógica da patologia, se estabeleceu como mais uma prática de assujeitamento da mulher, desconsiderando-a como sujeito ativo e capaz de gestar e parir de acordo com seus desejos.

A heteronomia é reforçada por uma política de saúde que prioriza a atenção médica em relação a outras formas de cuidado que poderiam possibilitar maior autonomia individual. Segundo Tabet (2017) a medicalização da vida na sociedade moderna possibilitou o surgimento de variadas formas de iatrogênese.

O conceito de iatrogênese diz respeito a efeitos negativos produzidos pela ação médica, uma nova epidemia provocada pela medicina, uma doença que nem sequer existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam (ILLICH, 1975).

Os efeitos da iatrogênese perpassam pelo processo de institucionalização e medicalização do parto, a iatrogênese clínica diz respeito à técnica e ao ato médico em relação aos cuidados de saúde, a iatrogênese social que simboliza o efeito da medicalização da vida e a iatrogênese cultural/estrutural abarca a perda do potencial cultural dos sujeitos para lidar com a morte, dor e doença de forma autônoma pelo uso ilimitado da medicina (TABET; MARTINS; ROMANO; SÁ; GARRAFA, 2017; SACCARO, 2009).

Intervenções como a tricotomia (raspagem total dos pelos pubianos) e o enema (lavagem intestinal) são exemplos de atos médicos feitos no intuito de melhorar a higiene do parto e prevenir uma possível contaminação. Entretanto, são práticas desnecessárias que, além do incomodo, causam inflamação. Outro exemplo da iatrogênese, agora relacionada a social e cultural/estrutural, é o ato de negar a presença de um acompanhante para a gestante com a justificativa de que pode atrapalhar, e a separação da mãe e bebê logo após o parto para serem feitos procedimentos de pesagem, medição e lavagem. Evidencia-se assim a medicalização e mecanização do parto visto que, além de ser direito da gestante ter um acompanhante, o mesmo conforta e relaxa a mulher; além disso o pós parto é um momento importante na constituição do vínculo mãe e bebê, o contato com a pele da mãe aquece o bebê e, a amamentação imediata favorece a saída da placenta (TABET et al., 2017; SACCARO, 2009).

Trazer à tona a discussão em torno do ofício das parteiras, além de visar o reconhecimento e valorização dessa prática, caracteriza-se também

como uma forma de contestar a medicalização e de resistir ao exercício da biopolítica.

Os movimentos que se empenham pela retomada do parto, enquanto um processo natural e livre de intervenções desnecessárias, lutam contra o excesso de medicalização sobre um processo próprio da vida, solicitando uma reforma no modelo atual de cuidado ao parto. A desmedicalização é um processo valoroso, pois além de retomar a busca da autonomia dos sujeitos, visa o respeito às diferenças (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

É necessário um conjunto de novas iniciativas para melhorar esse cenário. É preciso uma demanda para um novo modelo de parto, pois é assim que o capitalismo funciona. Sobreviver ao nascimento não é suficiente, o parto acompanha o sujeito para a vida toda, é preciso ir além, possibilitando um momento de qualidade e delicadeza (PAULA; CHAUVET, 2013).

Raízes, água quente e oração: um retorno a tradição

O trabalho das parteiras é uma atividade que se relaciona com a história da humanidade, especialmente a história da mulher, visto que essa prática por muito tempo foi restrita ao feminino (BESSA, 1999).

O ofício de partejar envolve saberes aprendidos na prática, com valor social e cultural transmitido de geração em geração, que envolve diversas simbologias, as parteiras também são conhecidas como comadres, aparadeiras ou curiosas, mulheres que são reconhecidas como médicas em seus locais de origem, por suas habilidades pessoais (SANTOS, 2016).

As parteiras em sua maioria não sabem ler nem escrever, os conhecimentos são transmitidos pela oralidade de mãe para filha ou de comadre para comadre, os saberes se firmam no cotidiano assistindo as gestantes. A partir do acúmulo de saber, essas mulheres são tidas em suas comunidades como referências no atendimento à saúde da mulher e do bebê, além do conhecimento constituído no dia-a-dia as parteiras são herdeiras de um legado cultural de seus antepassados que as fornece um conhecimento sobre raízes e ervas, além dos banhos, massagens e puxões, toda essa sabedoria herdada segue um ritual que mistura fé e crença (BARROSO, 2009).

São esses saberes passados geração após a geração, por bocas de mulheres, letras de mulheres, arte de mulheres, corpos de mulheres, sangue de mulheres que nos devolvem a vida autônoma, insubmissa e prazerosa, a vida mulher (SOUZA et al., 2018, p. 6).

Sueli Carvalho parteira tradicional e fundadora do C.A.I.S. do parto (Centro Ativo de Integração do Ser) e da ESCTA (Escola de Saberes, Cultura e Tradição Ancestral) relata em seu canal no YouTube que herdou seu conhecimento de seus ancestrais. Segundo Sueli as parteiras tradicionais seguem as orientações da natureza e do sagrado feminino, fazendo uma leitura do corpo da mulher e conectando-se a ele, a espiritualidade não diz respeito apenas à religiosidade, mas faz referência também a pachamama, conhecida como a mãe terra, o parto na tradição utiliza-se exclusivamente dos elementos da natureza, água, ar, fogo e terra. As parteiras fazem uso de plantas específicas que ajudam no parto, massagens, rezas, banhos, emprega-se a vibração do fogo e do elemento ar, enquanto mensageiro e primeiro a receber a vida (PARTOS NA TRADIÇÃO, 2015a).

Sueli aponta também que existe uma diferença entre a parteira tradicional e a parteira na tradição, sendo a parteira tradicional aquela que recebe a tradição de sua mãe, avó, ou madrinha, uma herdeira dos conhecimentos de uma parteira antecessora de sua linhagem. Já a parteira

na tradição recebe esse conhecimento a partir de uma procura espontânea ou até mesmo de um chamado, ela passa a acompanhar uma parteira tradicional, que repassará sua tradição para a parteira aprendiz, a parteira acompanha e respeita o parto como um momento divino e de transformação, ela possibilita uma ajuda amorosa, responsável e competente (CARVALHO *apud* C.A.I.S., 2016).

A parteira tradicional atende a partos nos domicílios, casos onde não há riscos de complicação, algo que é observado durante toda a gestação. Caso a parteira perceba que o trabalho de parto não está evoluído bem e precisa de intervenção médica, ela encaminha a gestante a tempo para o hospital. As parteiras não tomam como crítica o ato de enviar a mãe ao hospital, pois há uma responsabilidade total sobre a vida do bebê e da mãe. A cesárea foi inventada para salvar vidas, é um grande avanço, e é reverenciada quando bem indicada (CARVALHO *apud* C.A.I.S., 2016).

Parir é um ato biológico, fisiológico, natural, familiar e social, o renascimento do parto natural e da figura da parteira possibilita o fortalecimento de práticas que pertencem a um patrimônio cultural imaterial, diferente dos cenários das últimas décadas onde o parto se transformou em um negócio, algo comercializado que envolve, hospitais, laboratórios médicos enfermeiros e técnicos da saúde com o intuito de gerar lucro (CARVALHO, 2015).

A medicina tradicional produzida pela transmissão oral e gestual, confronta o saber médico tradicional, a ato de assumir sua identidade social, faz com que as parteiras mostrem que não são invisíveis, resistindo aos estigmas que tentam coloca-las no anonimato (BARROSO, 2009).

Considerar e respeitar a diversidade de saberes possibilita a ampliação das bases epistemológicas do paradigma de saúde integral, as diferentes racionalidades entre o ofício das parteiras e práticas médicas não deve se configurar como um impedimento na busca por articulação entre ambos conhecimentos. O diálogo entre a medicina moderna e parteiras tradicionais viabiliza a construção de uma ciência inclusiva e transformadora, onde os agentes no processo do cuidado ao parto, gestante e bebê, possam dialogar sobre teoria e realidade, valorizando a ciência que alimenta o progresso e é essencial ao desenvolvimento, crescimento da sociedade, sem desperdiçar a experiência social (BORGES, 2008).

Comadres: Partejar é um direito

Ao rememorar os saberes das parteiras tradicionais, nota-se a necessidade de discutir o ofício de partejar dentro da contemporaneidade.

Fleischer (2015) destaca a importância de analisar a relação do trabalho das parteiras com os serviços oficiais de saúde, pois para fortalecer o SUS (Sistema Único de Saúde) como um equipamento universal, democrático e aberto é preciso considerar todos os sujeitos que contribuem para que a população tenha mais assistência e saúde, mesmo que informalmente, as parteiras são atores importantes nesse processo.

O Brasil contra uma diversidade geográfica, cultural e socioeconômica, nesse sentido a adoção de modelos de atenção integral à saúde da mulher e da criança devem considerar essas diferenças para que possam atender com qualidade as diversas realidades. O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT) foi uma das estratégias do Ministério da Saúde para aprimorar a assistência ao parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais (BRASIL, 2010).

Atuando no sentido de:

Sensibilizar gestores e profissionais de saúde para que reconheçam as parteiras como parceiras na atenção à saúde da comunidade e

desenvolvam ações para valorizar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao SUS, inserindo-o entre as estratégias do Ministério da Saúde para a redução da morbimortalidade materna e neonatal. Visa resgatar e valorizar os saberes tradicionais, articulando-os aos científicos, considerando a riqueza cultural e da biodiversidade como elementos importantes para a produção de saúde, de novos conhecimentos e de tecnologias (BRASIL, 2010).

O programa teve sua implementação iniciada em março de 2000. Na sua primeira etapa foram confeccionados materiais educativos para serem usados na capacitação das parteiras, como o manual “Trabalhando com Parteiras Tradicionais” e o “Livro da Parteira” em parceria com o grupo curumim, elaborado de forma apropriada para ser utilizado por pessoas alfabetizadas, semi-alfabetizadas e analfabetas, visto que são condições presentes entre as parteiras (BRASIL, 2010).

As ações educativas foram essenciais para a inclusão das parteiras no SUS, entre o período de 2000-2010 as capacitações aconteceram através de atividades educativas e oficinas de trocas de saberes. Santos (2018) aponta a dificuldade para demonstrar a continuidade das ações após o ano de 2010. É preciso envolver as equipes de saúde, gestores e usuários para continuar fortalecendo a atuação das parteiras (SANTOS, 2018).

Destaca-se também o trabalho de algumas organizações não governamentais, como o Grupo Curumim, fundado em 11 de agosto de 1989, constitui-se como uma entidade civil, feminista e antirracista, sem fins econômicos ou lucrativos com o objetivo de fortalecer a cidadania das mulheres em todas as fases de sua vida, através promoção dos direitos humanos, da saúde integral, dos direitos sexuais e reprodutivos, levando em consideração a igualdade de gênero e étnico-racial (CURUMIM, s/d).

O grupo conta com o programa Parteiras que possui convênio com o Ministério da Saúde, e atua no sentido de buscar políticas públicas para a inclusão do parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais no conjunto da atenção integral à saúde da mulher no Brasil. Esse projeto já trabalhou com mais de 3 mil parteiras, indígenas, quilombolas e tradicionais em todas as regiões do Brasil (CURUMIM, s/d).

A organização visa contribuir para a melhoria da atenção ao parto a partir da valorização, profissionalização e reconhecimento político das parteiras tradicionais, figuras marcantes que visam garantir o respeito a todas as mulheres (CURUMIM, s/d).

A ONG (Organização Não Governamental) C.A.I.S do Parto (Centro de Integração do Ser) foi fundada em 5 de julho de 1991, e fundamenta-se na “reforma sanitária, nos direitos humanos reprodutivos e no desenvolvimento sustentável, atuando nas áreas de saúde, gênero, cidadania, educação, ecologia e cultura.” (C.A.I.S. DO PARTO, s/d, s/p).

Suely Carvalho fundadora e presidente da ONG, é comprometida com a melhoria das condições de vida das parteiras tradicionais, além de zelar pela manutenção da cultura indígena e africana do partejar, Suely também coordena a Rede Nacional de Parteiras, criada em 1996 no âmbito da ONG C.A.I.S do Parto durante o I Encontro de Parteiras Tradicionais que aconteceu em Nova Jerusalém/PE. A rede agrega parteiras em torna das seguintes diretrizes: “facilitar a troca de experiência, interligar as parteiras tradicionais, estimular o processo educativo e a organização da classe em associações para lutar pelo reconhecimento e regulamentação do ofício.” (C.A.I.S. DO PARTO, s/d, s/p).

A entidade trabalha com mulheres, homens, crianças, adolescentes, profissionais da saúde e parteiras, atuando nas regiões sul, centro-oeste, norte e nordeste, propondo a partir dos saberes aprendidos de diferentes formas rever as práticas “do gestar, parir e nascer bem como primeiro

direito de cidadania e precursor de uma sociedade saudável” (C.A.I.S DO PARTO, s/d, s/p). Buscando uma transformação nas relações de gênero e contribuindo com políticas públicas, de modo que o fazer das parteiras tradicionais no Brasil sirva como modelo para movimentos de humanização do parto (C.A.I.S. DO PARTO, s/d, s/p).

A ONG desenvolve metodologia apropriada para a capacitação e reciclagem das parteiras tradicionais considerando as diversas realidades em que elas vivem. C.A.I.S do Parto é uma entidade que apoio as parteiras e contribui efetivamente no resgate das tradições do parto e nascimento no Brasil, fortalecendo o processo de reconhecimento da profissão (C.A.I.S. DO PARTO, s/d).

Além das ações das organizações, no âmbito das legislações existe o projeto de lei 2.354 de 2003 de autoria de Janete Capiberibe discute sobre regularização do exercício da profissão de parteira. Ocorreu inclusive uma audiência pública promovida pela Comissão de Legislação Participativa da Câmara dos Deputados para debater sobre o tema, a audiência destacou a importância do Programa Trabalhando com Parteiras, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, para a melhoria na qualidade de atenção ao parto e sobre a conscientização dos profissionais da área médica sobre a importância das parteiras na aplicação de políticas de saúde voltadas as mulheres. No entanto a aprovação do projeto se faz necessária para reparar a injustiça cometida contra as parteiras, proporcionando salário mínimo, aposentadoria e melhores condições de trabalho. Atualmente o projeto encontra-se com o status de arquivado, segundo o site da câmara dos deputados (BRASIL, 2008).

Considerações Finais

Diante do que foi exposto, as estratégias para regularizar, valorizar e estimular o trabalho das parteiras são essenciais para melhorar a saúde da gestante e do bebê. Desse modo se faz necessário refletir sobre os fatores que envolvem o ofício de partejar tradicional, como a espiritualidade e a ancestralidade, considerando a realidade e a cultura das parteiras, pois o apoio ao ofício não deve ser condicionado a um enquadramento de suas práticas ao modelo médico.

A iniciativa do Ministério da Saúde ao implementar o PTPT foi um auxílio relevante para as parteiras. As atividades educativas foram o foco principal do programa, é preciso considerar também como ponto essencial o reconhecimento profissional do ofício das parteiras, incluindo direitos sociais e trabalhistas, prezando pelos saberes e que são construídos pela tradição, permitindo que eles componham as práticas medicas e não se submetam a elas.

A lógica médica hegemônica, que se consolidou de forma predominantemente masculina, ocasionou o assujeitamento da mulher a práticas heteronômicas, ao reconhecer os saberes produzidos em processos não formais como o ofício de partejar tradicional, possibilita-se a parição de um sujeito ativo e capaz de gestar e parir de acordo com seus desejos.

Sobre o artigo

Recebido: 10/12/2020

Aceito: 21/01/2021

Referências bibliográficas

- BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2017.
- BARROSO, C. I. Os saberes de parteiras tradicionais e o ofício de partejar em domicílio nas áreas rurais. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, Amapá, v. 2, n. 2, 2009.
- BESSA, L. F. Condições de trabalho de parteiras tradicionais: algumas características no contexto domiciliar rural. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 250-4, 1999.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. **Universidade Estadual do Ceará**, Brasília, v. 4, 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2010.
- BRASIL. **Parteiras tradicionais: Mães da pátria**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2008.
- Borges, M. S. Incorporação do saber de parteiras e benzedeadas às práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 19, n. 04, p.323-332. 2008.
- C.A.I.S do Parto. **Partos na Tradição, vídeos 1, 2 e 3**. Youtube, 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rc4AA4S_PyE&list=PL6uaHI_klp7Ph6zA2Ljk3WJgTU6xJPA0o>. Acesso em: 04 mar. 2018.
- CARVALHO, S. As parteiras existem porque resistem. **Enfoque Feminista**. São Paulo, n. 06, v. 3, 1994, p. 32-33.
- CARVALHO, S. Luz ancestral. Unisinos, **Revista Ihu On-Line**. s/n. Disponível em: <ihu.unisinos.br/noticias/544560-luz-ancestral>. Acesso em: 20 ago. 2015.
- COSTA, T.; STOTZ, N. E.; GRYNSZPAN, D.; SOUZA, B. C. M. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 363-380, 2006.
- DIAS, D. D. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiás, v. 09, n. 02, p. 476-88, 2007. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a14.htm>>. Acesso em: 04 mar. 2018.
- FERRAZZA, D. A.; PERES, W. S. Medicalização do corpo da mulher e criminalização do aborto no Brasil. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 28, n. 1, p. 17-25, 2016.
- FLEISCHER, S. Como as parteiras podem ajudar a melhorar o SUS? **Site Parteiras Tradicionais**. Disponível em: <<https://parteirastradicionais.wordpress.com/2015/01/06/como-as-parteiras-podem-ajudar-a-melhorar-o-sus/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.
- FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade. Curso no Collège de France, 1975-1976**. São Paulo: Martins fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estatuto da desmedicalização. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, B, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

GRUPO CURUMIM. Recife, 2018. Disponível em: <<http://www.grupocurumim.org.br/>>. Acesso em: 25 set. 2018.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

MENEZES, A. F. P.; PORTELLA, C. D. S.; BISPO, F. C. T. A situação do parto domiciliar no Brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 1, n. 1. p. 3-43, 2012.

PAULA, E.; CHAUVET, E. **O Renascimento do parto**. Salvador: Filme apresentado pelo CineMUSA – ISC/UFBA, 2013.

PEREIRA, P. S. O trabalho da parteira: um saber iniciado e compartilhado entre as mulheres. **V JORNADA INTERNACIONAL DE POLITICAS PÚBLICAS**, 2011. São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, 2011, p. 1-9.

SACCARO, E. A. **A vida pede passagem: o parto e as parteiras tradicionais**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Comunicação Social – Habilitação em Jornalismo) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, Bauru, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/120909>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

SANTOS, L. G. **A arte de partejar: das parteiras tradicionais à medicalização do parto no Amazonas (1970-2000)**. 2016. 200f. Dissertação (Mestre em História) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus: 2016.

SANTOS, R. A. **O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (2000-2010) Uma análise com enfoque de gênero**. 2018. 100f. Trabalho de conclusão de curso (Pós graduação Lato Sensu em Avaliação de Políticas Públicas) - Instituto Legislativo Brasileiro, Brasília: 2018.

SOUZA, L. et al. **Manual de ginecologia natural e autônoma**. 2. ed. Salvador, 2018.

Souza F. M. L. C. et al. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. **Enfermagem em Foco**, S.l., v. 10, n. 2, p. 118-124, 2019. Acesso em: 02 de Outubro de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.2180>

TABET, L. P. et al. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1187-1198, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401187&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2018.

TOASSA, G. Sociedade tarja preta: uma crítica à medicalização de crianças e adolescentes. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 24, n. 2, p. 429-434, 2012.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2002.