

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE SOCIEDADE & AMBIENTE
RAMOCI LEUCHTENBERGER

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUILOMBOLAS SOBRE
GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO E SUAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM
SAÚDE REPRODUTIVA

Diamantina
2016

RAMOCI LEUCHTENBERGER

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUILOMBOLAS SOBRE
GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO E SUAS PRÁTICAS DE CUIDADO
EM SAÚDE REPRODUTIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Sílvia Regina Paes.

**Diamantina
2016**

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

L652r	<p>Leuchtenberger, Ramoci Representações sociais de mulheres quilombolas sobre gestação, parto e puerpério e suas práticas de cuidado em saúde reprodutiva / Ramoci Leuchtenberger. – Diamantina, 2016. 146 p. : il.</p> <p>Orientador: Silvia Regina Paes</p> <p>Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.</p> <p>1. Saúde da mulher. 2. Etnia e saúde. 3. Medicina tradicional. 4. Parteira leiga. I. Título. II. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.</p> <p style="text-align: right;">CDD 618.4</p>
-------	---

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RAMOCI LEUCHTENBERGER

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES QUILOMBOLAS SOBRE
GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO E SUAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM
SAÚDE REPRODUTIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sílvia Regina Paes.

Data de Aprovação: 09/03/2016

Prof^ª. Dr^ª. Sibille Emilie Vogt – Unimontes

Prof. Dr. Marivaldo Aparecido de Carvalho – UFVJM

Prof^ª. Dr^ª. Rosana Passos Cambraia – UFVJM

Prof. Dr. Alan Faber do Nascimento – UFVJM

Prof^ª. Dr^ª. Sílvia Regina Paes - UFVJM

**Diamantina
2016**

Às mulheres quilombolas. Que persistam no cuidado amoroso dedicado às crianças e à terra. Que sejam merecedoras de colheitas abundantes e relações humanas de respeito e generosidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a oportunidade de aprendizagem e realização que esta vida humana preciosa permite;

Agradeço aos mestres e mestras que com compaixão dedicam sua vida a transmitir ensinamentos;

Agradeço a todos os seres com os quais compartilho o caminho. Que possamos manter a motivação correta, e trabalhar com amor e alegria.

“Amor, trabalho e conhecimento são as fontes da nossa vida. Deveriam também governá-la.”

Wilhelm Reich

RESUMO

Por séculos mulheres de comunidades tradicionais quilombolas foram cuidadas na gestação, parto e puerpério por parteiras e mulheres de sua confiança. Nas últimas décadas passaram a dar à luz em hospitais, onde procedimentos que não atendem às particularidades de cada caso acabam por transformar o parto em uma experiência de dor, medo e abandono. As práticas sociais do cotidiano das mulheres de um determinado território, classe social e inserção étnico-racial constroem um conjunto de representações do cuidado da gestante, da parturiente, e do recém nascido que contemplam suas necessidades específicas nestas fases da vida. Este estudo tem por objetivo conhecer as práticas de cuidado da saúde reprodutiva realizadas por mulheres da comunidade quilombola Ausente, no Alto Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, e compreender suas necessidades durante a gestação, parto e puerpério, contribuindo para a humanização da assistência ao parto. A colheita de dados foi realizada durante incursões à comunidade, por meio de observação participante e entrevistas abertas com gestantes, lactantes e puérperas. As mulheres quilombolas demonstram unanimidade na preferência por parto normal em relação à cesárea. O motivo é o temor da recuperação que a cirurgia exige, não havendo menção às vantagens fisiológicas e emocionais proporcionada pelo parto normal para a mãe e a criança. Cumprir o resguardo no puerpério é fundamental para a saúde da mulher, e a ajuda prestada por outras mulheres na organização da casa e no cuidado com outras crianças permite que a mãe se dedique integralmente ao bebê recém nascido. Os rituais que se desenrolam nos primeiros dias de vida do bebê são determinantes de sua saúde, além de promover a socialização e o sentimento de comunidade. A vida das mulheres quilombolas favorece sua capacidade de decisão e protagonismo, mas o desconhecimento das diretrizes que regulamentam a assistência humanizada ao nascimento e a resignação com as dificuldades comumente enfrentadas durante o parto as impede de exigir até mesmo a presença de um acompanhante. A produção de material informativo sobre gestação, parto e amamentação, baseado em evidências científicas, precisa ampliar sua veiculação e diversificar seu público alvo, passando a incluir mulheres negras e rurais. Se fazem necessárias ações de disseminação destas informações que levem em consideração a existência de múltiplas realidades e respeitem as características culturais das diferentes humanidades.

Palavras Chave: Saúde da mulher. Etnia e saúde. Medicina tradicional. Parteira leiga.

ABSTRACT

For centuries women in traditional 'quilombola' communities were cared for during pregnancy, childbirth and postpartum by midwives and women of their confidence. In recent decades they have come to give birth in hospitals where procedures that do not consider the particularities of each case end up turning delivery in an experience of pain, fear and abandonment. Social practices of the daily lives of women of a certain territory, social class and ethnic-racial influence builds a set of representations on the care of the pregnant woman, the woman in labor and the newborn that answer to their specific needs in these stages of life. This study aims to understand the reproductive health care practices performed by women of the Ausente Community, at Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, and understand their needs during pregnancy, childbirth and the postpartum period, contributing to the humanization of delivery care. Data collection was conducted during visits to the community, through participant observation and open interviews with pregnant women and nursing mothers. 'Quilombola' women demonstrate unanimity in the preference for vaginal delivery compared to cesarean section. The reason is the fear of recovery that surgery requires, with no mention of the physiological and emotional benefits provided by normal delivery for the mother and the child. Rest at postpartum is critical to women's health, and the help provided by other women in the organization of home and at the care of other children allows the mother to fully dedicate to the newborn baby. The rituals that take place in the first days of the baby's life are critical to his health, and also help to promote the socialization and the sense of community. The life of 'quilombola' women favors its decisiveness and autonomy, but the lack of knowledge about legislation of humanized care at birth prevent them of require rights, as the presence of a companion. The production of informative material about pregnancy, childbirth and breastfeeding, based on scientific evidence, needs to expand its transmission and diversify its target audience to include black and rural women. Actions of dissemination of this information are essential, considering the existence of multiple realities and the cultural characteristics of diverse human groups.

Key-words: Women's health. Ethnicity and health. Medicine, traditional. Midwife, practical.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01 – Representações sobre gravidez	120
FIGURA 02 – Representações sobre parto	121
FIGURA 03 – Representações sobre procedimentos no parto	122
FIGURA 04 – Representações sobre puerpério	123
FIGURA 05 – Representações sobre amamentação	124
ENSAIO FOTOGRÁFICO – Mulher quilombola: maternidade, saúde e natureza no Alto Vale do Jequitinhonha	125

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 A racionalidade científica moderna e o silenciamento dos saberes femininos	23
2.1.1 <i>Saberes femininos e o cuidado com a vida</i>	27
2.1.2 <i>Saberes das parteiras tradicionais</i>	30
2.2 A medicalização do corpo feminino	33
2.2.1 <i>Mulher e Natureza: a identidade na dominação</i>	37
2.2.2 <i>Iatrogenia e violência obstétrica</i>	43
2.2.3 <i>Movimento pela humanização do parto e nascimento</i>	45
2.3 Assistência à saúde da mulher no Brasil	50
2.3.1 <i>Saúde da mulher negra</i>	50
2.3.2 <i>O conceito de saúde reprodutiva</i>	53
2.3.3 <i>A assistência ao parto e nascimento no Brasil</i>	56
2.4 Os grupos étnicos quilombolas na atualidade	60
2.4.1 <i>Vida e saúde quilombola</i>	65
2.4.2 <i>A Comunidade Quilombola Ausente</i>	67
3 METODOLOGIA	69
3.1 Pesquisa qualitativa em Saúde	69
3.2 Conceito de representações sociais	70
3.3 Construção do objeto de pesquisa	73
3.4 Fase de trabalho de campo	74
3.5 Fase de análise	80
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	82
4.1 Mulher quilombola e natureza no Alto Vale do Jequitinhonha	82

4.2 Práticas de saúde e autocuidado das mulheres quilombolas	88
<i>4.2.1 Cuidados na gestação e puerpério</i>	88
<i>4.2.2 Cuidados com o recém nascido</i>	91
4.3 Maternidade e saúde no universo da mulher quilombola	95
<i>4.3.1 Representações sobre gestação e parto</i>	95
<i>4.3.2 Representações sobre puerpério e amamentação</i>	104
4.4 Vida e conhecimento de uma parteira quilombola	109
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
APÊNDICES E ANEXOS	125

1 INTRODUÇÃO

O papel da mulher como provedora da saúde física e psíquica de sua família e, por extensão, da comunidade onde vive, é afirmado em diversos estudos, fortalecendo o reconhecimento da existência de uma ligação especial das mulheres com a saúde e a importância de sua participação efetiva na manutenção da vida através do cuidado com a família. “Do ponto de vista histórico-estrutural e sócioetnológico, o dar a vida, o ser mãe, está intimamente associado com os cuidados da vida (...)” (SCAVONE, 2004, p.128). Revendo vários estudos Gutierrez e Minayo (2010) demonstram que quando se fala em cuidados de saúde, a família aparece como importante ator e, nessa, a figura da mulher mãe como principal cuidadora aparece quase como um consenso. A respeito deste saber feminino Scavone afirma que:

por meio da maternidade aqui compreendida, primeiramente, como um fato biológico realizado – ou passível de realizar-se – no corpo feminino, as mulheres desenvolveram um saber empírico relacionado com a saúde. Este saber se estende a todos os momentos da maternidade, desde o evitar a concepção, o pré-natal, o momento do parto, a interrupção da gravidez, até os cuidados da saúde da criança. Todos estes momentos passam necessariamente pelo corpo da mulher, por meio do qual ela desenvolve o referido saber (SCAVONE, 2004, p.128)

A saúde da família passa primeiro e necessariamente pelo âmbito da casa e os cuidados com a vida têm conotação de base doméstica. A saúde da família é uma responsabilidade materna que se desenvolve no cotidiano: é a mãe, ou outra mulher em papel similar, que se encarrega da alimentação, da higiene das pessoas e limpeza da casa, das visitas ao médico e da administração dos remédios quando necessário. (MARTIN; ANGELO 1999).

A rede oficial de saúde, incorporando o saber biomédico-científico e as tecnologias terapêuticas modernas, conta com amplo reconhecimento como agência produtora de cuidados, e acaba por desvalorizar e menosprezar os cuidados prestados pela rede informal, representada pela família, mesmo que os cuidados indispensáveis prestados por esta muitas vezes superem em importância aqueles oferecidos pela rede de serviços (GUTIERREZ; MINAYO 2010).

A capacidade de cuidar depende de uma série de habilidades e capacidades ligadas, inclusive, à autoconfiança e à autonomia da mulher (CARVALHÃES; BENÍCIO, 2002) de forma que o reconhecimento da importância das práticas de

cuidado realizadas pelas mulheres em seu âmbito familiar e a valoração de seu saber reforça seu papel como cuidadora e deve ser visto como uma medida de promoção da saúde.

A expressão cultural da condição de gênero é marcante no cotidiano das comunidades tradicionais, dando à mulher e ao homem conotações diferentes com respeito ao cuidado humano, sendo “os cuidados relacionados com a ordem pública e a aplicação de força física direcionados ao homem, enquanto os cuidados com tudo o que é fecundável e gera a vida se reverte na mulher” (ALVAREZ *et al* 2007, p.681, tradução nossa).

Nas comunidades tradicionais formadas por remanescentes de quilombolas, historicamente marginalizadas e excluídas do processo de crescimento e desenvolvimento da sociedade moderna, os saberes e as práticas de cuidados das mulheres tem importância fundamental na manutenção da saúde no âmbito familiar. Programas de saúde inadequados para a realidade da zona rural e o desconhecimento da cultura e do modo de vida da população quilombola por parte dos profissionais colaboram para a subutilização dos serviços de saúde por esta parcela da população (GOMES, 2013). No cotidiano dessas comunidades a medicina baseada no saber popular mantém-se viva, sendo essencial nos cuidados com a saúde. Para Freitas e colaboradores,

A forma com que as pessoas produzem práticas relacionadas à saúde está diretamente ligada a seu cotidiano e às relações que constroem entre si e com o ambiente que as cerca. O conhecimento e o respeito às noções de saúde que cada comunidade possui são necessários, uma vez que muitas vezes estas não concordam com os paradigmas da medicina ocidental, mas regem a vida das comunidades e possuem sua própria eficácia (FREITAS *et al* 2011, p. 941)

No sentido de alcançar a equidade e inclusão social nos serviços de saúde, a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra” tem por diretriz a “promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares em saúde” (BRASIL, 2007, p.38).

A ciência hegemônica contemporânea postula-se como um saber universal relegando os demais saberes à um lugar secundário. Referindo-se aos conhecimentos tradicionais, Little (2010) afirma que,

os conhecimentos tradicionais mantêm um status marginal dentro da ciência moderna, numa situação de subalternidade epistemológica, na qual a ciência moderna classifica as formas de se chegar à verdade dos sistemas de conhecimento tradicional como falhas, ineficientes ou obscurantistas (LITTLE, 2010, p.35).

Por muitos milênios a arte de partejar e os cuidados com a gestante e o recém nascido foram considerados atividades eminentemente femininas. As mulheres em trabalho de parto eram ajudadas por outras mulheres, que podiam ser do seu ambiente mais próximo (parentes, vizinhas ou amigas), ou parteiras, mulheres reconhecidas pela sua experiência ou competência para tal acompanhamento (BRENES, 2005).

Nas últimas décadas vem acontecendo o silenciamento dos saberes-experiências das parteiras tradicionais, em consequência à dominação do modelo biomédico inserido no parto e nascimento. Este processo revela a intenção de excluir as mulheres do papel central do partejar e do parir, à medida que houve abertura para a entrada, em grandes proporções, da tecnologia e medicalização do parto e nascimento, representando a relação do poder médico instituído contra um saber oral transmitido entre gerações (SANTOS, 2010).

Atualmente a atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas para a mãe e o bebê e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia, o que acaba por contribuir para o aumento dos riscos maternos e perinatais. De uma maneira geral, rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica caso a caso. (BRASIL, 2001).

Além do sofrimento físico e emocional desnecessário que causa, o uso irracional de tecnologia no parto levou ao seu atual paradoxo: é justamente o que impede muitos países de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal (BARROS *et al*, 2005). O documento resultante da conferência da Organização Mundial de Saúde sobre tecnologia apropriada no parto (WHO, 1985), recomenda medidas simples que priorizam as necessidades da mulher, como a presença de um acompanhante durante o parto. No Brasil, apesar do direito ao acompanhante estar garantido por lei há mais de dez anos (BRASIL, 2005a), não é uma possibilidade ofertada à mulher que, por falta de informação, muitas vezes deixam de exigí-lo como direito. Um estudo da Fiocruz de 2002 demonstrou que em instituições de saúde do Rio de Janeiro somente 46,2% das mulheres brancas e 27,0% das mulheres negras puderam ter acompanhante (BRASIL 2004, p. 87), indicando ainda que no atendimento às mulheres negras “o racismo e o sexismo imprimem marcas segregadoras diferenciadas, que implicam restrições específicas dos direitos desse

segmento, vitimando-o, portanto, com um duplo preconceito” (BRASIL, 2007, p.10).

Neste cenário o movimento pela humanização do parto aparece como “a necessária *redefinição das relações humanas na assistência*, como revisão do projeto de cuidado e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos” (DINIZ, 2005, p.632, grifo da autora). Um caminho para a redefinição das relações humanas no atendimento é a compreensão dos valores que motivam a parteira tradicional em sua prática social. “Valorizar a sabedoria presente no modo de cuidar das parteiras tradicionais é compromisso que precisa ser assumido por todos os cuidadores da saúde” (BORGES *et al* 2009, p. 381).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos, e implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, mesmo que distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. Conforme Siqueira e colaboradores,

A assistência oferecida por profissionais àqueles que procuram as instituições de atendimento à saúde necessita fundamentar-se em uma abordagem mais ampla do indivíduo, o qual deve ser tratado como um sistema complexo de partes inter-relacionadas, focalizando, além do aspecto biológico, seus valores culturais e sociais e suas necessidades psíquicas e emocionais. Crenças populares e recursos não convencionais, utilizados na solução de problemas de saúde configuram-se para a população em geral como fatores extremamente ligados a aspectos sócio-culturais, por isso devem ser considerados como relevantes quando se avalia o indivíduo como um ser integral, pertencente a um processo histórico (SIQUEIRA *et al*, 2006, p.72)

Os conhecimentos técnico-científicos da obstetrícia contemporânea precisam ser complementados pela percepção do parto como um fenômeno biopsicossocial, e espiritual. As práticas sociais do cotidiano e as interações entre as mulheres de um determinado território, classe social e inserção étnico-racial constroem um conjunto de representações do cuidado da gestante, da parturiente, e do recém nascido que contemplam em todos os aspectos suas necessidades específicas nestas fases da vida. Reconhecer quais são estas necessidades e buscar formas de satisfazê-las enriquece a experiência do parto e nascimento e aumenta sua segurança e efetividade, indo de encontro às metas de humanização do atendimento e diminuição da morbimortalidade neonatal e materna.

Segundo a Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial da Presidência da República (SEPIR/PR, 2014), Minas Gerais é o terceiro estado

brasileiro com maior concentração de comunidades quilombolas¹ certificadas pela Fundação Cultural Palmares. Em toda a região de Diamantina é expressiva a presença de comunidades quilombolas devido o grande aporte de negros escravizados por ocasião da exploração de ouro e diamantes. A busca por equidade no serviços públicos de saúde e a necessidade de humanizar o atendimento do SUS em nossa região nos obriga a perguntar: qual a concepção que a mulher quilombola tem a respeito da gestação e do parto? Quais as necessidades e expectativas destas mulheres quando estão gestando, parindo e amamentando seus filhos?

Este estudo tem por objetivo responder à estas questões, produzindo um conhecimento sobre a saúde das mulheres negras quilombolas que estará disponível para embasar o planejamento de políticas públicas voltadas para a assistência à gestação e parto na região. Este conhecimento também se faz necessário na formação de profissionais humanizados, tanto no currículo dos acadêmicos da área de saúde quanto para a sensibilização de profissionais que já atuam diretamente com esta parcela da população. Partindo-se das necessidades das mulheres buscamos recomendar procedimentos a serem adotados em hospitais e maternidades do Serro e Diamantina, fomentando a discussão nos níveis e órgãos competentes e contribuindo para a humanização do atendimento ao parto e nascimento prestada à população negra proveniente de comunidades tradicionais quilombolas.

A presente pesquisa responde às demandas de produção de conhecimento definidas na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2011), especialmente no que diz respeito à subagenda “Saúde da Mulher”, nas seguintes áreas:

- Gravidez, parto e puerpério: “efetividade da humanização da assistência ao parto e puerpério”; “determinação cultural na escolha do tipo de parto” (BRASIL, 2011, p.23);
- Atenção e cuidado à saúde: “práticas de cuidado à saúde em fase reprodutiva e climatério” (BRASIL, 2011, p.24).

¹Comunidades quilombolas são grupos com trajetória histórica própria, cuja origem se refere a diferentes situações, a exemplo de doações de terras realizadas a partir da desagregação de monoculturas; compra de terras pelos próprios sujeitos, com o fim do sistema escravista; terras obtidas em troca da prestação de serviços; ou áreas ocupadas no processo de resistência ao sistema escravista. Em todos os casos, o território é a base da reprodução física, social, econômica e cultural da coletividade (SEPIR/PR, 2014).

Orientamos nosso trabalho pela linha de pesquisa “Educação, Cultura e Saúde” e nos fundamentamos na interdisciplinaridade como ferramenta auxiliar na compreensão da diversidade epistemológica e complexidade dos temas e seres humanos envolvidos neste estudo.

Desta forma, neste trabalho buscamos:

1. Conhecer as formas de autocuidado relacionadas com a saúde reprodutiva e compreender os significados de gestação, parto e puerpério para as mulheres quilombolas, sob a ótica das representações sociais;

2. Pesquisar e registrar as técnicas, métodos e valores que compõe a prática das parteiras tradicionais que atuam nas comunidades quilombolas em estudo;

3. Contribuir para o empoderamento das mulheres e mães das comunidades quilombolas através da valorização de seus saberes e reconhecimento da importância de seu papel como cuidadora da própria saúde e da saúde da sua família;

4. Identificar as necessidades das mulheres quilombolas durante a gestação, parto e puerpério e propor cuidados e atitudes que contribuam para a humanização do atendimento ao parto e nascimento prestada à população negra proveniente de comunidades tradicionais quilombolas em hospitais e maternidades do Serro e Diamantina.

O primeiro capítulo do referencial teórico trata da relação entre a ciência hegemônica contemporânea e os chamados “conhecimentos tradicionais”, pontuando a forma hierárquica implícita nas relações entre diferentes formas de saber e epistemologias, com atenção especial aos saberes das parteiras tradicionais. No segundo capítulo analisamos o processo de medicalização do corpo feminino como forma de controle e as consequências da identidade entre mulher e natureza no imaginário da sociedade ocidental. Descrevemos como se deu o gradual desaparecimento das parteiras das cenas de parto e abordamos a latrografia e a violência obstétrica como resultados do enfoque tecnicista do atendimento às gestantes e parturientes. Analisamos ainda as propostas do movimento de humanização da assistência ao parto e nascimento. O terceiro capítulo é uma revisão das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher no Brasil, com destaque para a saúde da mulher negra. No quarto capítulo contextualizamos as comunidades quilombolas em relação à sua história, cultura e situação social, e descrevemos o contexto sócio histórico da comunidade quilombola

Ausente, onde o estudo foi realizado.

Os resultados e a discussão deste trabalho estão divididos em outros quatro capítulos, sendo o primeiro um olhar sobre a mulher quilombola do Alto Vale do Jequitinhonha e sua relação com a natureza em seu cotidiano. O segundo capítulo abrange as práticas de cuidado realizadas pelas mulheres quilombolas durante a gestação e no pós parto, e os cuidados com o recém nascido. O terceiro capítulo é focado nas representações que as mulheres entrevistadas apresentam sobre a gestação e o parto, sobre os procedimentos a que foram submetidas e sobre a atuação dos profissionais de saúde que lhes acompanharam. É também neste capítulo que as representações sobre amamentação são descritas e analisadas. O quarto capítulo retrata a história de vida de uma parteira quilombola, seus saberes na arte de partejar, as dificuldades e alegrias que o ofício lhe trouxe.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A racionalidade científica moderna e o silenciamento dos saberes femininos.

A idéia de natureza que permeia todos os aspectos da civilização ocidental, fundada no paradigma da racionalidade científica, trouxe inúmeros desequilíbrios à vida na Terra, evidenciados hoje nas doenças da humanidade e do planeta: a exclusão e a desigualdade, o deserto emocional e a miséria psíquica, o envenenamento das águas, solos e ar, a extinção de inúmeras espécies animais e vegetais e o aniquilamento de culturas e ecossistemas.

A construção da racionalidade científica moderna tem suas origens nos séculos XVI e XVII, sustentada pelo processo denominado Revolução Científica, que se passa no contexto de uma grande mudança de visão e organização do mundo expressa no Renascimento. Especialmente nesse momento da história o indivíduo é representado como força criativa independente, como sujeito de mudança, pessoal e social. A linguagem e as teorias da época estão impregnadas de um antropocentrismo renascentista, conforme descrito por Luz (1998),

O antropocentrismo renascentista é prático, conquistador, colonizador. Assinala uma cisão não apenas entre “ordem divina” e “ordem Humana” mas também entre “ordem humana” e “ordem natural”. Separam-se Deus,

Homem e Natureza. O homem é o herdeiro do espólio do Reino Natural, legado da Idade Média, e deve entrar na posse desse reino. Prometeu libertou-se, afinal (LUZ, 1998, p.18).

Durante os séculos XV a XVII a natureza passa a ser descrita por uma grande diversidade de imagens e metáforas através das quais percebe-se a representação de sua alteridade face ao humano. Luz (1988) demonstra que estas metáforas também estão relacionadas com o imaginário coletivo da época sobre a mulher: tesouro escondido; continente desconhecido ou inexplorado, mãe, ou mãe dádiosa, mulher misteriosa, velada ou virgem. Cabe ao homem de ciência “revelar”, “por a nú” todo esse oculto, através do conhecimento. Os mais importantes cientistas inventores do período renascentista usavam ainda imagens e metáforas de submissão, domínio e escravização sobre a natureza. Imagens da natureza como engenho ou máquina cujos mecanismos devem ser expostos aparecem no final do renascimento e expandem-se pelos séculos XVII e XVIII.

Progressivamente a idéia de natureza da racionalidade científica moderna vai surgindo, como fruto de uma montagem epistemológica,

Esse meio, que ainda em nossos dias se denomina, com certa nostalgia, “Natureza” (embora mais freqüentemente como “meio ambiente” ou “ecossistema”), é visto como o útero que gera o homem e todos os seres vivos, portanto como algo de que se é ou já se foi parte. Por outro lado a natureza é a fonte de onde se veio, de onde se nasceu. Nesse sentido, a natureza é *origem*, mas face a ela a humanidade é *externalidade*, cordão umbilical rompido, independência. O natural é um reino do qual o humano se diferencia e exterioriza. É assim, como *alteridade* face ao humano, que a natureza é percebida a partir do Renascimento. Uma alteridade com a consciência de objeto, de coisa cognoscível. Assim, *exterioridade*, *independência* e *objetividade* são praticamente sinônimos na moderna percepção da “Natureza”. (...) A Existência *objetiva* e *independente* da natureza face ao mundo humano é, desta forma, condição epistemológica e ontológica para que o homem possa conhecê-la e moldá-la, para que coloque sobre o reino da natureza o selo de sua ordem. A ordem da Razão (LUZ, 1998, p.20).

A prática da experiência e o exercício da lógica são as ferramentas que a Razão utilizará também para desvelar o oculto, inclusive as leis que regem os fenômenos naturais e que até então eram explicados pela religião. A vida e o cosmo sofrem um processo de dessacralização, e a natureza perde seu caráter divino e, dissociada ao mesmo tempo do sagrado e do humano, é colocada na objetividade, uma objetividade material. A natureza torna-se objeto a ser apropriada e explorada, torna-se “recurso natural”.

Um dos expoentes dos movimentos ambientais e feministas na Índia, Vandana Shiva (1998) descreve o período da revolução científica como época de coexistência de alternativas ao projeto de ciência reducionista, generificada e mecanicista. Diferentes pensamentos se confrontavam numa disputa que levaria o vitorioso a torna-se a ciência moderna do século XVII europeu. Bacon e Paracelso eram os expoentes de duas visões de ciência, que também eram duas visões de natureza, de poder e de relações de gênero. A escola mecânica de Bacon criava dicotomias entre cultura e natureza, mente e matéria, masculino e feminino, e projetava a estratégia conceitual para a dominação dos primeiros sobre os últimos. Paracelso pertencia à tradição hermética na qual todos os elementos que formam o mundo estão interligados entre si, não havendo sentido na separação entre homem e natureza. Para os seguidores de Paracelso o conhecimento e poder não advinham da dominação sobre a natureza, mas no coabitar com os elementos e na vivência dos processos naturais. Diferente da ruptura e hierarquia que o pensamento generificado impõe à relação entre macho e fêmea, a filosofia de Paracelso concebia a complementação e equilíbrio entre o masculino e feminino, fundamental para a integridade dos seres e da natureza (PARACELSO, 1973).

Para Santos (2006) a construção da natureza como algo exterior à sociedade obedeceu às exigências da constituição do novo sistema econômico mundial, centrado na exploração intensiva dos recursos. O autor também considera que o século XVII europeu foi um período de riqueza em debates epistemológicos, e que para a transformação da ciência em única forma de conhecimento válido contribuíram não só razões epistemológicas, mas também fatores econômicos e políticos:

O argumento em favor do privilegiar de uma forma de conhecimento que se traduzia facilmente em desenvolvimento tecnológico teve de confrontar-se com outros argumentos em favor de formas de conhecimento que privilegiavam a busca do bem e da felicidade ou a continuidade entre sujeito e objeto, entre natureza e cultura, entre homens e mulheres e entre os seres humanos e todas as outras criaturas. A vitória do primeiro argumento explicou-se em parte pela crescente ascendência do capitalismo e das potencialidades de transformação social sem precedentes que trazia no seu bojo. A vitória teve de ser tão completa quanto as rupturas que se pretendiam com a sociedade anterior. E para ser completa teve de envolver a transformação dos critérios de validade do conhecimento em critérios de cientificidade do conhecimento. A partir de então a ciência moderna conquistou o privilégio de definir, não só o que é ciência, mas, muito mais do que isso, o que é conhecimento válido (SANTOS, 2006, p.12).

A racionalidade de Descartes, Newton e Bacon se firma então como o único caminho para a construção do conhecimento e associada ao poder econômico e ao impulso colonizador da época se expande para todo o mundo como ciência hegemônica, se sobrepondo sobre as ciências e saberes dos mundos colonizados, rotulando como esoterismo, superstição ou má-fé outras epistemologias e formas de compreender o mundo. No processo de se impor como conhecimento hegemônico se fez necessária a criação do “Outro”, nas palavras de Santos:

um ser intrinsecamente desqualificado, um repositório de características inferiores em relação ao saber e poder ocidentais e, por isso, disponível para ser usado e apropriado. A produção da alteridade colonial, como espaço de inferioridade, assumiu várias formas que reconfiguraram os processos de inferiorização já existentes (sexo, raça, tradição). A descoberta do outro no contexto colonial envolveu sempre a produção ou reconfiguração de relações de subalternidade. Três delas revelaram-se particularmente resistentes: a mulher, o selvagem e a natureza (SANTOS, 2006, p.18).

O silenciamento dos saberes femininos na Europa através da caça às bruxas se entendeu do século XIV ao século XVII, teve início ainda no feudalismo e intensificou-se nos dois últimos séculos, nos quais foi contemporânea da “Idade da Razão”. É definida por English e Erhenreith (1973) como uma “campanha de terror promovida por homens das classes dominantes contra mulheres camponesas” e por Shiva (1998) como “um processo de deslegitimação e destruição da perícia das mulheres européias”. Estas mulheres detinham conhecimentos na arte da cura e da obstetrícia, um conhecimento empírico fundamentado em séculos de observação e experimentação, sistematizado e transmitido oralmente de mulher para mulher. Parteiras e curandeiras, o povo se referia a elas como “mulheres sábias”, seu poder de cura e sua influência eram parte da cultura do povo. Para a Igreja e o Estado elas representavam uma ameaça, pois além de serem lideranças políticas e religiosas nas comunidades, seus saberes estavam relacionados com o universo desconhecido e temido da sexualidade feminina.

Durante os séculos pelos quais se estendeu a Inquisição as mulheres continuaram a exercer sua medicina, coexistindo com a recém surgida classe de médicos profissionais. As curandeiras superavam aos médicos em seu poder de cura, sendo detentoras de um conhecimento empírico e um enfoque mais humano nos tratamentos, que rivalizava com as práticas rituais e teorias carentes de comprovação que marcaram o início da profissão médica (EHRENREICH; ENGLISH, 1973). O processo de legitimação e institucionalização da medicina

terminou por destituir o poder das mulheres curandeiras, mesmo em campos de saber feminino como a obstetrícia e a ginecologia, e o conhecimento empírico das parteiras, advindo da observação do próprio corpo e da relação da maternidade com a saúde, foi usurpado e incorporado na prática médica masculina.

Segundo Shiva (1998), a negação do trabalho da natureza em regenerar a si mesma, e do trabalho das mulheres em produzir sustento na forma das necessidades básicas e vitais é parte essencial do paradigma do desenvolvimento econômico moderno, patriarcal e capitalista, no qual todo trabalho que não produz lucros e capital é colocado na invisibilidade ou considerado trabalho improdutivo. A passividade é assumida como característica própria da natureza e da mulher, negando-se a atividade da natureza e da vida.

As suposições são evidentes: a natureza é improdutiva; agricultura orgânica baseada nos ciclos naturais de regeneração remete à pobreza; mulheres e sociedades tribais e camponesas enraizadas na natureza são similarmente improdutivas, não porque têm sido demonstrada que em cooperação elas produzem menos bens e serviços para necessidades, mas porque se assume que “produção” apenas ocorre quando mediada por tecnologias para a produção de comodidades, mesmo quando tais tecnologias destroem a vida (SHIVA, 1998, p.3, tradução nossa).

A expansão colonial europeia exportou a ciência hegemônica como única forma válida de saber e o processo de silenciamento dos saberes femininos e a destruição de conhecimentos empíricos ancestrais teve continuidade através da idéia de desenvolvimento imposta às culturas tradicionais e camponesas do mundo inteiro.

2.1.1 Saberes femininos e o cuidado com a vida

Práticas relacionadas ao cuidado e manutenção da vida assumem particularidades em contextos históricos, étnicos e sociais diferentes, mas ainda assim a figura da mulher como principal cuidadora aparece quase como um consenso. Evidências arqueológicas, antropológicas e históricas revelam e comprovam que a mulher foi o centro da vida humana e espiritual durante milênios. Em todas as culturas do mundo inteiro encontram-se representações da Deusa como Criadora Divina. A mulher – sua representante na Terra – era reverenciada pela sua habilidade de gerar do seu sangue menstrual uma nova vida, criando o

alimento do recém nascido do seu próprio corpo, bem como por sua criatividade (FAUR, 2003; EISLER, 2008).

Na introdução do livro “Bruxas, Parteiras e Enfermeiras – a história das mulheres curadoras”, de Ehrenreich e English (1973), encontramos a seguinte passagem

Mulheres desde sempre têm sido curadoras. Elas eram as doutoras e anatomistas não licenciadas da história do ocidente. Elas foram abortionistas, enfermeiras e conselheiras. Elas eram farmacêuticas, cultivando ervas curativas e compartilhando os segredos de seus usos. Elas eram parteiras, viajando de casa em casa, de vila em vila. Por séculos mulheres foram médicas sem certificados, impedidas de acessar livros e palestras, aprendendo uma com a outra, e transmitindo a experiência de vizinha para vizinha e mãe para filha. Elas eram chamadas “mulheres sábias” pelo povo, bruxas ou charlatãs pelas autoridades. Medicina é parte de nossa herança como mulheres, nossa história, nosso direito de nascer. (EHRENREICH; ENGLISH, 1973, p.3, tradução nossa).

O conhecimento da medicina na Europa foi deslocado das mulheres para a Igreja através da bem sucedida “caça às bruxas”, que chegou a dizimar milhares de mulheres. Ainda durante a Inquisição, 80% dos executados eram mulheres (EHRENREICH; ENGLISH, 1973). No Novo Mundo, a ciência hegemônica se incumbiu de anular a influência que as parteiras, benzedadeiras e raizeiras tinham em suas comunidades, relegando as mulheres curandeiras à categoria de “curiosas”, desvalorizando seus saberes e relegando-os a um lugar secundário, o que resulta na marginalização tanto do conhecimento como das mulheres que os detêm (LITTLE, 2010).

Em comunidades tradicionais, onde o cotidiano da vida humana é inseparável da vivência da natureza, a expressão cultural da condição de gênero é marcante, dando à mulher e ao homem conotações diferentes com respeito ao cuidado humano. Os cuidados relacionados com a ordem pública e a aplicação de força física são direcionados ao homem, enquanto os cuidados com tudo o que é fecundável e gera a vida se reverte na mulher (ALVAREZ *et al*, 2007). As mulheres costumam ser responsáveis pela produção agrícola, pela manutenção do lar, pela gestão da economia doméstica, preparação dos alimentos e cuidado das crianças.

As atividades de coleta e plantio, incumbência das mulheres, as faz mais próximas daquilo que Carvalho (1998) chama de “forças reprodutivas da natureza”. Para que essas atividades se realizem com êxito é necessário compreender, respeitar e confiar nos ciclos naturais, as forças que repõe de tempos em tempos os

recursos que alimentam a comunidade. A ação das mulheres está a serviço das forças reprodutivas da natureza, e entende-se que práticas intervencionistas podem acabar por desequilibrar o meio.

Esta sensibilidade para confiar nos ciclos naturais e trabalhar junto com a natureza evidencia uma característica do “feminino”, e se contrapõe à ideologia de dominação e uso da natureza que sustenta e define as sociedades ocidentais patriarcais. Neste ponto se faz necessário afirmar que nos referimos ao “feminino” como um princípio, uma parte do todo sendo este composto por opostos complementares: uma metade “masculina” e outra “feminina”. Assim o é na visão Hindu propagada nos escritos de Vandana Shiva (SILIPRANDI, 2000), ou como encontramos na simbologia oriental representada pelo YinYang (CAPRA, 2000). A idéia da existência de um “princípio feminino” complementar e antagônico à um “princípio masculino” não corresponde de forma alguma à uma visão essencialista, que confere características imutáveis, exclusivas e inerentes à um ou outro sexo. O princípio feminino como a “essência da sensibilidade” está presente tanto nas mulheres como nos homens, sendo que ambos podem acessar e desenvolver essas qualidades que foram secularmente desvalorizadas e recalcadas pela visão antropocêntrica e mecanicista (DI CIOMMO, 2003).

Este saber feminino não é intrínseco ao corpo feminino, mas pode ser acessado através da corporalidade feminina, da maternidade, da sexualidade. É o feminino como princípio criador e renovador da vida que guarda os saberes sobre a saúde e o cuidado com a vida. Através da vivência corporal da maternidade no sentido amplo, e pela socialização que enfatiza as “qualidades” do feminino, a mulher encontra-se próxima deste conhecimento. Ao se permitir exercer sua maternidade com autonomia e viver sua sexualidade e feminilidade sem receios ou preconceitos, superando tabus ou ideologias, a mulher tem a oportunidade de acessar os saberes femininos e condições de exercer este conhecimento em suas relações familiares, sociais e profissionais. Conforme afirma Di Ciommo,

a mulher não é apenas diferente do homem, mas é distinta, dada a sua experiência concreta de vivência da condição feminina, que define a experiência, porque o enraizamento biológico origina e confirma a experiência social do gênero feminino, o que é reconfirmado na socialização e repassado pela predisposição genética. Nesse anel de interações próprias da complexidade, não há limites estanques para o que é próprio da natureza ou da cultura. A socialização das mulheres reforça a sensibilidade, a solidariedade e a “gratuidade”, conceito fundamental da cultura feminina, o que daria a elas a responsabilidade de promover um impacto sócio-cultural revolucionário, criativo, em todas as áreas da existência, nas relações

personais, nas amorosas, nas profissionais, de trabalho e nas decisões políticas, em que se decidem a paz e a sobrevivência das espécies (DI CIOMMO, 2003, p.438)

A vida experimentada em um corpo feminino é por este marcada em todas as esferas, e Scavone considera mesmo a existência de uma cultura somática feminina, descrita pela autora como:

a forma pela qual as mulheres aprenderam - ou aprendem - a receber os sinais que seu corpos emitem na doença e na saúde criando uma quase linguagem corporal feminina, muitas vezes transmitida de mãe para filha, de amiga para amiga, de comadre para comadre. De acordo com o grupo social, a cultura e a época a que estão referidos, determinados sinais vão receber maior ou menor atenção, manifestando-se em modos de agir e/ou aplicar tratamentos nas diversas fases do ciclo reprodutivo (SCAVONE, 2004, p. 148)

A atual crítica feminista ao fazer científico valoriza outras formas de construção do saber e tem por objetivo contribuir para uma transformação da ciência, “prolongando e renovando o horizonte crítico que esteve na origem da ciência moderna, incorporando novas interrogações, perspectivas, temas e práticas, em contextos institucionais e profissionais renovados” (SANTOS, 2006, p.37). Conforme descreve Giffin (1999), o feminismo subverteu o modelo de conhecimento da ciência moderna em vários níveis ao confrontar a visão naturalizada da identidade feminina, através da análise da própria vivência das mulheres. No lugar de uma suposta neutralidade e imparcialidade, o objetivo agora era o auto conhecimento, tendo como consequência a fusão de sujeito e objeto da pesquisa.

As vivências corporais mais íntimas das mulheres na área da sexualidade e reprodução, silenciadas socialmente, passaram a servir de parâmetro para a auto-identificação entre as mulheres, e reforçam o surgimento de um paradigma dialético, no qual o corpo e as emoções não são apenas objetos da ciência, mas um aspecto do sujeito e fundamentais no conhecer e nos conhecimentos.

2.1.2 Os saberes das parteiras tradicionais

Por milênios a arte de partejar e os cuidados com a gestante e o recém nascido foram atividades eminentemente femininas. As mulheres em trabalho de parto eram ajudadas por outras mulheres, que podiam ser do seu ambiente mais

próximo (parentes, vizinhas ou amigas), ou parteiras, mulheres reconhecidas pela sua experiência ou competência para tal acompanhamento (BRENES, 2005).

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. As parteiras tradicionais que atualmente ainda atuam nas comunidades rurais, indígenas e quilombolas, são a manifestação viva desta história, mantendo e renovando através da prática o conhecimento gerado por centenas de anos. E no Vale do Jequitinhonha, devido a características culturais, socio-econômicas e ambientais da região, ainda encontramos parteiras atuando em diversas comunidades.

Nas últimas décadas, vem acontecendo o desaparecimento dos saberes e experiências das parteiras tradicionais, em consequência da disseminação da abordagem do modelo biomédico, inserido no parto e nascimento. Segundo Santos (2010), é um processo que indica e revela a intenção de excluir as mulheres do papel central do partejar e do parir, à medida que houve abertura para a entrada, em grandes proporções, da tecnologia e medicalização do parto e nascimento, representando a relação do poder médico instituído contra um saber oral transmitido entre gerações.

A ciência hegemônica contemporânea postula-se como um saber universal e o único caminho para chegar-se à verdade, relegando os demais saberes a um lugar secundário.

Os conhecimentos tradicionais mantêm um status marginal dentro da ciência moderna, numa situação de subalternidade epistemológica, na qual a ciência moderna classifica as formas de se chegar à verdade dos sistemas de conhecimento tradicional como falhas, ineficientes ou obscurantistas. (LITTLE 2010, p.35).

Esta visão é reforçada por Morin (2004) quando descreve os obstáculos que são colocados frente à compreensão de outras formas e métodos de saberes e das práticas tradicionais e populares de saúde, tidos como não-científicos, consideradas antigas e ultrapassadas, empobrecidas e desvalorizadas frente àqueles construídos a partir do rigor dos saberes científicos.

Destacando a forma de produção dos saberes e experiências do partejar, a “ciência das parteiras”, Aires (2006) descreve que o saber dessas mulheres resulta do somatório de objetos e procedimentos que compõem o seu ofício, no qual as habilidades se apresentam com o uso de observações, orientações, posturas e

posições, óleos, toques e massagens, ervas para chás e banhos, simpatias, rezas e cantos, elaborados, aperfeiçoados, administrados e sistematizados pelas parteiras, produzindo a tecnologia do atendimento ao parto e nascimento domiciliares.

O conhecimento tecnológico e as técnicas que as parteiras dominam sobre o processo de parturição, embora sejam desenvolvidos, basicamente, na prática, são respaldados em bases metodológicas da observação, experimentação e sistematização (AIRES, 2006, p.48).

A parteira constrói uma relação de compromisso e intimidade com a gestante e a parturiente, em que se criam afetos, vínculos e confiança, que, durante o processo do parto, possuem um valor terapêutico tão importante quanto os chás e as massagens. A fé, as evocações, a intuição, a emoção e as sensações – as subjetividades - são instrumentos da prática da parteira, mas são desconsideradas pela ciência hegemônica, que não reserva espaço para o não-técnico.

Transmitidas oralmente, essas práticas se revelam como tradição, como rituais que se constituíram a partir de observação e repetidas experimentações, engendradas e transmitidas no ambiente de aprendizado próprio da vivência de mulheres de diferentes territórios, classes sociais e inserções étnico-raciais. Para Boaventura de Souza Santos (2004) a riqueza social caracteriza-se pela diversidade e flexibilidade de adaptação a mudanças sociais que requerem uma postura reflexiva. O aproveitamento potencial da riqueza social advém do diálogo entre os saberes, pois todo o conhecimento se assenta em saberes objetivos retirados da experiência cotidiana de distintas comunidades, sejam elas científicas ou não. Da mesma forma o não-aproveitamento dos diferentes saberes e experiências favorece o desperdício da riqueza social.

O modelo acadêmico da formação médico-obstétrica tem gerado consequências que merecem reflexão e demonstram a urgência de uma intercientificidade, aquilo que Little (2010) define como a interação entre o sistema de conhecimento tradicional e o sistema da ciência moderna. Os conhecimentos técnico-científicos da prática obstétrica precisam ser complementados pela percepção dos aspectos sociais, emocionais e psicológicos que envolvem a experiência do parto. Por outro lado, o atendimento prestado por parteira também prescinde de conhecimento técnico, que poderia aperfeiçoar ainda mais a sua prática e trazer melhorias ao atendimento prestado.

Em diversos depoimentos de parteiras sobre sua prática são descritos os sentimentos de identificação com a parturiente, o que promove o entendimento de

suas necessidades e o desejo de servi-la, amenizando sua dor e proporcionando uma experiência satisfatória. Sua prática social compreende o amor e sentimentos humanitários. Valorizar a sabedoria presente no modo de cuidar das parteiras é um compromisso que precisa ser assumido por todos os cuidadores da saúde (BORGES *et al* 2009).

2.2 A medicalização do corpo feminino.

A medicalização da sociedade ocidental vem sendo discutida desde a década de 1970 e nesta área o trabalho de Ivan Illich é um expoente. Para o autor a medicalização da vida aparece como parte integrante da institucionalização industrial da medicina, sendo os tratamentos e a cura das doenças os produtos desta “empresa médica” (ILLICH, 1975).

Illich (1975) considera que ao submeter toda a população à relação terapêutica o Estado promove a dependência da intervenção profissional dos médicos, difundindo a crença de que as pessoas não podem enfrentar a doença sem a medicina moderna. A medicalização das diferentes idades da vida humana acaba sendo internalizada na cultura popular:

o leigo aceita como coisa “normal” e banal o fato de que as pessoas têm necessidade de cuidados médicos de rotina simplesmente porque estão em gestação, são crianças, estão no climatério, ou porque são velhas. Quando se chega a esse ponto a vida já não é mais uma sucessão de diferentes formas de saúde, e sim uma sequência de períodos cada qual exigindo uma forma particular de consumo terapêutico (ILLICH, 1975, p.56).

É fato que os profissionais de saúde e as mulheres da sociedade ocidental contemporânea vêem mesmo as funções normais do corpo feminino, como a menstruação, a menopauza e a gravidez, como estados clínicos que necessitam de tratamento. “A atitude de que nossos corpos são acidentes à espera de acontecer parece estar cada vez interiorizada em mais tenra idade, e lança as sementes para as relações futuras das mulheres com seus corpos” (NORTHRUP, 2014).

Medicalizar é o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais (VIEIRA,1999). Foucault (2015) demonstra a natureza política da medicina na sociedade capitalista como uma estratégia de controle social que começa com o controle do corpo:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2015, p.144).

É o controle médico da população, e não o oferecimento de cuidados médicos, o principal objetivo do serviço assistencialista e autoritário que se organizou entre o final do século XVIII e início do século XIX na Inglaterra. A medicina social inglesa surge com as ações de registro das epidemias e doenças, localização de locais insalubres e vacinação da população, e se desenvolve como uma medicina que é “essencialmente, um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 2015, p.170).

Ao analisar a sexualidade como um objeto político nas sociedades ocidentais no século XVIII, o autor questiona se o controle da sexualidade e reprodução teriam implicações sociais para assegurar o controle populacional, produzir a força de trabalho e reproduzir os modos que as relações sociais são estabelecidas. O controle assegura que a sexualidade seja socialmente útil e politicamente conservadora (FOUCAULT, 2015).

É nesse contexto que se insere a medicalização do corpo feminino, particularmente nas implicações específicas da reprodução humana, enfatizando a condição orgânica da mulher, em detrimento de sua condição social de gênero. É um processo histórico que “passa necessariamente pela idéia de que existe uma natureza biológica determinante e dominante da condição feminina, e é justamente por meio dessa concepção que a medicina poderá se apropriar do corpo das mulheres”. (VIEIRA, 1999, p.68).

Conforme afirma Foucault (2015) a respeito da colonização das mulheres a partir de sua sexualidade:

Durante muito tempo se tentou fixar as mulheres à sua sexualidade. “Vocês são apenas o seu sexo”, dizia-se a elas há séculos. E esse sexo, acrescentaram os médicos, é frágil, quase sempre doente e indutor de doenças. “Vocês são a doença do homem.” E esse movimento muito antigo se acelerou no século XVIII, chegando à patologização da mulher: o corpo da mulher torna-se objeto médico por excelência (FOUCAULT, 2015, p.351, grifos do autor).

A medicalização deste corpo é entendido por Vieira (1999, p.68) como “um dispositivo social que relaciona questões políticas - como o controle populacional -

aos cuidados individuais do corpo da mulher, normalizando, regulando e administrando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana”. Ehrenreich & English (1973) apontam para o poder da medicina em transformar eventos fisiológicos em doenças: a medicalização do corpo feminino – que "trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico" – é uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista da nossa cultura. De acordo com Illich (1975),

Desde que as mulheres do século XIX quiseram se afirmar, formou-se um grupo de ginecologistas: a própria feminilidade transformou-se em sintoma de uma necessidade médica tratada por universitários evidentemente de sexo masculino. Estar grávida, parir, aleitar são outras tantas condições medicalizáveis, como são a menopausa ou a presença de um útero que o especialista decide que é demais (ILLICH, 1975, p.59)

Scavone (2004) considera que após o afastamento definitivo das parteiras e curandeiras do “primeiro escalão da assistência à saúde das mulheres”, reduziu-se o papel social da mulher para os limites da família, onde ela foi valorizada como mãe. E foi como mãe que a mulher passou a ser preocupação dos médicos, que viram seu corpo como peça mestra para a reprodução humana. A disputa entre o saber médico-científico e o saber empírico-feminino “culmina com o monopólio definitivo do saber ginecológico e obstétrico pela medicina científica, autorizando aos médicos não só os cuidados relativos à saúde das mulheres, mas também a normatização de suas vidas familiares" (SCAVONE, 2004, p.135).

São codificadas, então, segundo novas regras, as relações familiares, agora regidas por um conjunto de obrigações (higiene, limpeza, cuidados, exercícios, amamentação das crianças pela mãe, entre outros) que visam assegurar o bom desenvolvimento do organismo. Para Foucault (2015), desde o fim do século XVIII,

o corpo sadio, limpo, válido, o espaço purificado, límpido, arejado, a distribuição medicamente perfeita dos indivíduos dos lugares, dos leitos, dos utensílios, o jogo do “cuidadoso” e do “cuidado”, constituem algumas leis morais essenciais da família (FOUCAULT, 2015, p.305)

Segundo o autor somente é possível compreender a política de saúde do século XIX considerando-se este elemento central, formado no século XVIII: “a família medicalizada-medicalizante”:

A política médica que se delineia no final do século XVIII em todos os países da Europa, tem como reflexo a organização da família, ou melhor, do complexo família-filhos, como instância primeira e imediata da medicalização dos indivíduos; fizeram-na desempenhar o papel de articulação dos objetivos gerais relativos à boa saúde do corpo social com o desejo ou a necessidade de cuidados dos indivíduos; ela permitiu articular

uma ética privada da boa saúde (dever recíproco de pais e filhos) com um controle coletivo da higiene e uma técnica científica de cura, assegurada pela demanda dos indivíduos e das famílias, por um corpo profissional de médicos qualificados e como que recomendados pelo Estado (FOUCAULT, 2015, p.304)

A partir da segunda metade do século XVIII a família foi ainda alvo de um grande empreendimento de “aculturação médica” (FOUCAULT, 2015), sendo a primeira série de publicações diversos livros os que “ensinavam” como cuidar dos bebês e crianças.

Neste processo de medicalização da família o papel da mulher como mãe é exaltado, e as condições necessárias para a boa saúde dos filhos são providas principalmente através dos cuidados maternos do cotidiano. Os cuidados têm conotação doméstica e centrados na figura feminina, mas são normatizados pelos profissionais médicos e controlados pelo Estado. Como afirma Arruda

essa empreitada não visa dissociar a mulher da conservação da vida, e sim, confiscar-lhe o poder que essa atribuição lhe confere. Na verdade a cultura se encarrega de prolongar tal responsabilidade no papel de mãe, esposa, irmã, mas com o cuidado de ocultar sua relevância (ARRUDA 1987 *apud* SCAVONE 2004)

A ação pessoal das mulheres é substituída por um código que as submete às instruções que emanam dos terapeutas profissionais. Os comportamentos medicamente promovidos acabam por produzir o que Ilich (1975) denomina de iatrogênese cultural e simbólica: “a restrição da autonomia vital das pessoas, minando sua capacidade de crescer, cuidar uns aos outros e envelhecer”.

O movimento feminista no Brasil e no mundo contemporâneo tem papel fundamental ao se opor à medicalização do corpo feminino e ao esvaziamento da autonomia das mulheres. King (1997, p.133) sugere que as mulheres devem insistir em seus “poderes reprodutivos e procriativos como estratégia política e como um reconhecimento do fato biológico de que dão à luz crianças a partir de seus próprios corpos e têm, portanto, um direito particular de controlar como esse processo é conduzido”. Scavone (2004) considera que:

procurando resgatar o saber empírico das mulheres e ao mesmo tempo assimilar criticamente as conquistas da medicina científica, no que se refere à ginecologia e obstetrícia, o movimento feminista provavelmente é um dos elementos mediadores entre o estado atual da prática médica e a construção de um novo saber e uma nova prática (SCAVONE, 2004, p.137).

2.2.1 Mulher e Natureza, a identidade na dominação

A identificação entre mulher e natureza permitiu a construção de idéias sobre uma “natureza feminina universal”, amplamente definida nos papéis maternal e doméstico, que foram usadas para limitar e oprimir as mulheres na sociedade ocidental. Ao denunciar, descrever e analisar a situação social das mulheres, o movimento feminista, nos primórdios de sua trajetória, “precisou fazer crítica às explicações científicas de cunho positivista que consideram as desigualdades sexuais determinadas pelas diferenças biológicas” (SCAVONE, 2004). O movimento feminista confrontou a definição naturalizada da identidade feminina e a perene identificação da mulher com o biológico/natural/corpo/emoção, ao mesmo tempo que explicitou sua condição de objeto de uma ciência “androcêntrica” (GIFFIN, 1999).

Vieira (1999) afirma que a ideologia de dominação da mulher consiste na introjeção dessa crença naturalista, que estabelece uma relação de causalidade lógica entre o potencial biológico da mulher de gerar filhos e o cuidado e criação das crianças como atividade feminina. A “natureza maternal” inerente à todas as mulheres seria capaz de conferir uma série de atributos de personalidade e conduta da mulher que lhe seriam “naturais”, negando-se a influência cultural neste âmbito. A autora explica que é nesse contexto que se insere a medicalização do corpo feminino, particularmente nas implicações específicas da reprodução humana, enfatizando a condição orgânica da mulher, em detrimento de sua condição social de gênero. É um processo histórico que “passa necessariamente pela idéia de que existe uma natureza biológica determinante e dominante da condição feminina, e é justamente por meio dessa concepção que a medicina poderá se apropriar do corpo das mulheres” (VIEIRA, 1999, p.68).

Essa concepção “essencialista” estabelece uma relação de causalidade lógica entre o potencial biológico da mulher de gerar filhos e o cuidado e criação das crianças como atividade feminina a partir do qual são construídas verdades absolutas e “leis naturais”, de forma que não seria possível ultrapassar a condição determinada pelo sexo (DE ROMANI, 1982).

Correntes do movimento feminista, entre elas o feminismo liberal e o feminismo radical racionalista), repudiam a ligação entre mulheres e natureza e defendem que “a chave para a emancipação das mulheres está na dissociação da identidade entre elas e a natureza, e no fim do que acreditam ser uma prisão, uma

esfera inerentemente não livre ou reino da necessidade”. (KING, 1997, p.134). Libertar-se do secular estado de subordinação seria realizar a externalidade em relação à natureza, colocar-se junto à cultura ao lado dos homens, demonstrar a igualdade feminina em todas as esferas do mundo masculino, inclusive afirmando a visão antropocêntrica que entende a natureza como recurso a ser explorado.

Porém, se na sociedade patriarcal a relação entre mulher e natureza é o motivo e a explicação que permite objetificar as mulheres, reduzindo-as ao seu corpo físico e função biológica, nas culturas matrilineares de culto à divindade feminina que se espalhavam por toda a Europa antiga era exatamente a identificação da mulher com a natureza que a concebia como centro da vida religiosa e social (EISLER, 2008; GIMBUTAS, 1982).

Arqueólogos e historiadores apoiados em recentes descobertas demonstram que a destruição das culturas antigas de culto a uma divindade feminina e a dominação das mulheres teria tido início no período das invasões bárbaras, descritas por Eisler (2008) como uma longa sucessão de invasões do norte asiático e europeu por povos nômades², “governados por poderosos sacerdotes e guerreiros, eles trouxeram consigo seus deuses masculinos da guerra e das montanhas (...) e gradualmente impuseram suas ideologias e modos de vida sobre as terras e povos que conquistaram”.

Com o aparecimento desses invasores nos horizontes pré-históricos, a Deusa e as mulheres foram reduzidas a consortes ou concubinas dos homens. Gradativamente a dominação masculina, a guerra e a escravidão de mulheres e dos homens mais fracos, mais "afeminados", tornaram-se a norma. (EISLER, 2008, p.49)

Gimbutas descreve o abismo que existia entre as culturas que viriam a se confrontar:

"As antigas culturas européia e kurga eram a antítese uma da outra. Os europeus antigos eram horticultores sedentários propensos a viver em grandes comunas bem planejadas. A ausência de fortificações e armas atesta a coexistência pacífica dessa civilização igualitária que provavelmente era matrilinear e matrilocal. O sistema kurgio compunha-se de unidades patrilineares, socialmente estratificadas, pastoris, que viviam em pequenas aldeias ou colônias sazonais, enquanto seus animais pastavam em vastas áreas. Uma economia baseada na agricultura e a outra na criação de animais e no pastoreio produziram duas ideologias contrastantes. O sistema de crenças da Europa antiga se concentrava no ciclo de nascimento, morte e regeneração agrícola, personificado pelo

² Segundo Gimbutas, as invasões Bárbaras se deram em três fases, sendo a Primeira Onda, de 4300-4200 a.C; Segunda Onda, de 3400-3200 a.C; e Terceira Onda, de 3000-2800 a.C (as datas são ajustadas pela dendrocronologia).

princípio feminino, a Mãe Criadora. A ideologia kurga, como é conhecida pela mitologia indo-européia comparativa, exaltava deuses guerreiros viris e heróicos provenientes do céu brilhante e trovejante. Não havia armas nas imagens da antiga Europa; enquanto isso a adaga e a acha eram os símbolos predominantes dos kurgos, os quais, à semelhança de todos os indo-europeus historicamente conhecidos, glorificavam o poder letal da lâmina afiada". (GIMBUTAS, 1982 *apud* EISLER, 2008, p.49)

Independente das origens do modelo de dominação que prevalece atualmente na sociedade hegemônica ocidental, a ligação entre mulher e natureza e as razões pelas quais ambas são consideradas como de nível inferior não significa assunto do passado, uma vez que continua a dirigir a degradação do meio ambiente natural, a caracterizar a atividade feminina e a marcar a esfera da reprodução (DI CIOMMO, 2003). Essa ligação contém inúmeras questões importantes sobre as causas da subordinação das mulheres e a exploração da natureza, de modo que são sentidos e vividos como o mesmo fenômeno. (GRIFFIT, 2000)

O filósofo e escritor anarquista Zerzan (2010) inicia seu ensaio "Patriarcado, civilização e as origens do Gênero" da seguinte forma: "Civilização, fundamentalmente, é a história da dominação da natureza e da mulher. Patriarcado significa o domínio sobre a mulher e a natureza. Seriam estas duas instituições, na sua base, sinônimas?" (ZERZAN, 2010).

A identificação com a natureza é intencional para ativistas de outras vertentes do movimento feminista, como o feminismo cultural e o ecofeminismo. No primeiro, reafirma-se a ligação das mulheres e com a natureza ao mesmo tempo que se contesta a cultura masculina, em vez de se esforçar para tornar-se parte dela. Exalta-se a diferença entre os gêneros e a identificação das mulheres com a natureza é celebrada nas várias artes: literatura, poesia, música. (KING, 1997). Em um sentido semelhante o ecofeminismo sustenta que, do ponto de vista econômico, existe uma convergência entre a forma como o pensamento ocidental hegemônico vê as mulheres e a natureza, ou seja, "a dominação das mulheres e a exploração da natureza como dois lados da mesma moeda da utilização de recursos naturais, sem custos, para a acumulação de capital" (SILIPRANDI, 2000, p.3). A dominação de mulheres por homens é vista por ecofeministas como o protótipo de todas as formas de dominação e exploração: hierárquica, militarista, capitalista e industrialista. Segundo Capra (2000, p.18) o ecofeminismo mostra que "a exploração da natureza, em particular, tem marchado de mãos dadas com a das mulheres, que têm sido identificadas com a natureza através dos séculos".

Di Ciommo afirma que escolher entre cultura e natureza seria render-se ao reducionismo do “pensamento dualista”, sendo o dualismo o cerne das dificuldades que envolvem as tentativas de reverter os valores atribuídos ao feminino e à natureza. A autora afirma que:

a dimensão biossociocultural da mulher desarma as possibilidades simplificadoras de análise que, se de um lado desejam identificar uma ‘essência’ feminina desligada da experiência, de outro, vêem a socialização cultural e histórica como construtoras do feminino, desligado de sua dimensão biológica e genética incontestável (DI CIOMMO, 2003 p.436).

O dualismo é a forma de construir a diferença em termos de uma lógica hierárquica, num processo onde os conceitos antagônicos, ao invés de serem vistos como complementares, são colocados como opostos e excludentes e se encontram em posição de superioridade um ao outro. O efeito do dualismo é a “naturalização da dominação, para torná-la parte das naturezas ou identidades, tanto dos dominadores quanto dos subordinados, quando isso passa a parecer inevitável e *natural*” (DI CIOMMO, 2003, p. 425, grifo da autora).

As dualidades são vistas como “alienações” por Sandilans, enfatizando o caráter inseparável de cada categoria:

Todas as dualidades básicas – a alienação da mente do corpo, a alienação de si do mundo objetivo, o retiro subjetivo do indivíduo, alienado da comunidade social, a dominação ou rejeição da natureza pelo espírito – todos estes tem origem na visão apocalíptica platônica herdada pela cristandade clássica. Contudo, a alienação do masculino do feminino é o simbolismo sexual primário que resume todas estas alienações (SANDILANDS, 1999, p. 16 *apud* FARIA, 2013, p.125).

Harding (1993), assume que as dicotomias são empiricamente falsas, mas defende que o feminismo não pode descartá-las como irrelevantes enquanto elas permanecem estruturando as vidas e consciências das mulheres. A autora afirma que

Historiadores e antropólogos mostram que a maneira como a sociedade ocidental contemporânea estabelece os limites entre a cultura e a natureza é nitidamente moderna e, ao mesmo tempo, inseparável da cultura”, A dicotomia cultura e natureza reaparece de modo complexo e ambíguo em outras oposições nucleares para o pensamento ocidental moderno: razão e paixões ou emoções; objetividade e subjetividade; mente e corpo, intelecto e matéria física; abstrato e concreto; público e privado, para citar apenas algumas. Tanto na ciência quanto na nossa cultura, a masculinidade é identificada com o lado da cultura e a feminilidade com o da natureza em todas essas dicotomias. Em cada caso, a natureza é percebida como uma poderosa ameaça que se erguerá e absorverá a cultura, a não ser que esta exerça um rígido controle sobre aquela (HARDING, 1993, p.23)

A autora analisa como é complexo para o feminismo contemporâneo simplesmente derrubar essa identificação, pois ao mesmo tempo em que tem uma postura política de negar o determinismo biológico sexual, reafirma a defesa de determinadas diferenças de base biológica que implicariam prejuízos sociais às mulheres. A equação a ser resolvida é: “como poderemos escolher entre defender o reconhecimento de nossas diferenças biológicas pelo poder público e sustentar que a biologia não é uma fatalidade nem para os homens nem para as mulheres?” (HARDING, 1993).

Para King (1997) a chave para a atuação das mulheres no que se refere ao dualismo natureza/cultura reside no fato de que suas atividades mediadoras tradicionais de conversão — cuidar, cozinhar, curar, cultivar, procurar comida - são tão sociais quanto naturais. A tarefa de um feminismo ecológico é forjar organicamente uma teoria e uma prática genuinamente antidualistas ou dialéticas.

Na mesma linha de pensamento Giffin (1999) pondera que aceitar a identificação do feminino com a esfera de reprodução (a mulher como mãe) e enfatizar os valores considerados femininos pela ordem vigente (as relações familiares e interpessoais, o cuidar do outro, a afetividade etc.) poderia ser visto como uma reafirmação dos valores patriarcais, mas do ponto de vista da organização material da sociedade capitalista/industrial, caracterizada pelo processo de individualização da força de trabalho e fragmentação das estruturas familiares, lutar pela valorização da esfera de reprodução representaria uma verdadeira inversão da ordem vigente.

Na visão de Shiva (1998) a liberação das mulheres seria alcançada através do que ela se refere como “processo transgênero”, onde o feminino como um princípio e a feminilidade como uma forma de perceber a vida não servem apenas para mulheres, mas para todos os seres humanos. O processo se inicia a partir do reconhecimento de que

masculino e feminino como conceitos generificados baseados em exclusividades são categorias ideologicamente definidas, com a associação da violência e atividade para primeiro, e a não-violência e passividade para o último. Não existe uma relação limitante entre valores femininos e ser uma mulher. Nesta filosofia baseada na não generificação o princípio feminino não está exclusivamente incorporado na mulher, mas é o princípio da atividade e criatividade na natureza, em mulheres e homens. Não se pode realmente distinguir o masculino do feminino, pessoa de natureza, Purusha

de Prakriti³. Apesar de distintos eles permanecem inseparáveis em uma união dialética, como dois aspectos de um ser (SHIVA, 1998, p.50, tradução nossa)

A contribuição da teoria da complexidade parece oferecer uma reflexão importante para a superação dessas dicotomias e para a transformação das relações entre homens e mulheres (DI CIOMMO, 2003). Uma abordagem crítica das concepções dualísticas, segundo Di Ciommo,

deverá insistir para que as mulheres sejam tratadas exatamente como completos seres humanos e como partes completas da cultura como os homens, mas necessita também mostrar que ambos devem mudar suas concepções dualizadas da identidade humana e desenvolver uma cultura alternativa, a qual reconheça a ligação histórica da identidade humana com a cultura, passando a aceitar sua identidade também com a natureza. A concepção dualística da natureza como inerte, passiva e mecanicizada seria também mudada por esse desenvolvimento (DI CIOMMO, 2003, p. 426)

Morin (1999) afirma que o pensamento complexo é um método ou uma forma de pensar que pode trazer um novo significado às noções, idéias e conceitos sociológicos que acabaram por ser esvaziados de seu conteúdo pela modernidade. Ao evitar o reducionismo, percebemos que a totalidade parece mais rica e bela quando deixa de ser totalitária, quando passa pela individualidade e se mantém aberta, incapaz de fechar-se sobre si mesma ou, como diz Morin, “se torna complexa”. Nessa forma de pensar, “*Homo* é um complexo bioantropológico e biosociocultural” (MORIN, 1999). Sobre o *ser humano*, Di Ciommo (2003) escreve:

O ser humano tem muitas dimensões e tudo o que desloca esse complexo é mutilante, não só para o conhecimento mas, igualmente, para a ação. A complexidade humana não é feita só de instâncias complementares, mas de instâncias que são, ao mesmo tempo, antagônicas. A realidade antropossocial é multidimensional; ela contém, sempre, uma dimensão individual, uma dimensão social e uma dimensão biológica, o que se evidencia especialmente na análise da conexão entre a mulher, a natureza e a cultura, em que se destacam os aspectos de complementação e antagonismo necessariamente irreconciliáveis (DI CIOMMO, 2003, p.426)

De acordo com Brandão (1994), um “mundo pacificado” entre cultura e natureza seria a extensão de uma humanidade pacificada com ela própria, e somente alcançada quando desaparecidas as estruturas e as racionalidades culturais da dominação entre os homens e entre homens e mulheres.

³ Prakriti é o princípio feminino e criativo na cosmologia Hindu. A criação do mundo acontece quando Prakriti está em conjunção com Purusha, o princípio masculino.

2.2.2 *Introgénia e Violência Obstétrica*

No intuito de informar sobre as formas de violência cometidas contra mulheres nas fases do período perinatal, a Defensoria do Estado de São Paulo produziu, em 2012, um material impresso no qual traz a definição de Violência Obstétrica que se encontra nas leis da Venezuelana e Argentina, onde esta é tipificada:

A Violência Obstétrica existe, e caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, excesso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (SÃO PAULO, 2012)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. A violência contra a mulher, por seu turno, abrange a violência física, sexual e/ou psicológica e, segundo a Convenção de Belém do Pará, inclui qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 1996). Em relação especificamente à violência de gênero, é considerada a violência física, sexual e psicológica contra a mulher, manifestando-se por meio das relações de poder, histórica e culturalmente desiguais, ocorridas entre homens e mulheres.

Segundo o Ministério da Saúde, a gestação e o parto constituem uma experiência humana extremamente significativas, com forte potencial positivo, enriquecedora para todos os que dela participam. Os profissionais de saúde são coadjuvantes dessa experiência e nela desempenham importante papel, colocando seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, ajudando-os no processo de parturição e nascimento de forma saudável. O Ministério da Saúde complementa afirmando que é importante na humanização do parto considerar os desejos e valores da mulher e adotar uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e eliminando as agressões verbais e não-verbais (BRASIL, 2001).

Diferente de outros eventos que requerem assistência hospitalar, o parto é um processo fisiológico normal que requer cuidado e acolhimento. Apesar disto esse momento é, várias vezes, permeado pela violência institucional, cometida contra a

mulher justamente por aqueles que deveriam ser seus principais cuidadores (AGUIAR, 2010).

O parto e o nascimento de um filho são eventos marcantes na vida de uma mulher e muitas vezes são lembrados como uma experiência traumática na qual a mulher se sentiu agredida, desrespeitada e violentada por aqueles que deveriam estar lhe prestando assistência. A dor do parto, no Brasil, é relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais e dos profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). A pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*, feita pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC, em 2010 aponta que “uma em cada quatro mulheres brasileiras que deram a luz em hospitais públicos ou privados relatam algum tipo de agressão durante o parto” (PERSEU ABRAMO, 2010).

A violência institucional em maternidades públicas tem sido tema recente de estudo em diversos países. Pesquisas demonstram que, além das dificuldades econômicas e estruturais que os serviços públicos de saúde enfrentam, encontram-se, subjacentes aos maus-tratos vividos pelas pacientes, aspectos sócio culturais relacionados a uma prática discriminatória quanto a gênero, classe social e raça/etnia (GOMES *et al*, 2000; DINIZ; CHACHAM, 2006; DINIZ 2001). Esta violência, segundo D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não-utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual.

Outras pesquisas também apontam, como um tipo de violência, o uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas do momento, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e seqüelas (DINIZ;CHACHAM, 2006; DINIZ, 2001). Médica ginecologista e obstetritz, Cristiane Northrup afirma que

Muitos procedimentos rotineiramente levados a cabo nos corpos das mulheres em particular não se baseiam de forma alguma em dados científicos, mas no preconceito contra o poder de cura e a sabedoria inata do corpo. Episiotomias rotineiras no momento do parto são um exemplo. (NORTHROP, 2009, p.381)

É comum ainda a banalização do sofrimento da parturiente, por exemplo, através da ideologia de naturalização da dor do parto como um preço pelo prazer sexual ou como um destino biológico. A banalização do sofrimento do outro remete à banalização da própria violência institucional, contida em frases que já se transformaram em jargões, adotados sob a aparência de brincadeiras, e na falta de anestesistas de plantão para realização de analgesias durante o trabalho de parto (AGUIAR; OLIVEIRA, 2011).

A assistência obstétrica no Brasil tem sido objeto de atenção e questionamentos constantes, tanto do meio acadêmico, quanto no movimento das mulheres, redes sociais e entre muitos profissionais de saúde. Discute-se o excesso de intervenções, questiona-se sua indicação e uso rotineiro. Muitas práticas sequer consideram as evidências e podem expor as mulheres e seus filhos à mais riscos que benefícios. Também muito tem sido dito a respeito do tratamento que as mulheres recebem em seus partos, surgindo relatos de indelicadeza, zombaria, exposição da mulher e de suas partes íntimas, descumprimento da lei do acompanhante. Este conjunto de atitudes tem sido denominada Violência Obstétrica.

A lei e o direito da mulher no momento do parto vem sendo sistematicamente ignorados por aqueles que prestam o atendimento ao parto (CAVALCANTI *et al*, 2013). A criação de mecanismos educacionais, informativos e de aplicação compulsória da lei no ambiente de atenção ao parto, bem como de sanções para eventuais insistências no descumprimento é necessária para a mudança desse panorama. A informação deve chegar às mulheres permitindo-lhes o empoderamento e a autonomia necessária para fazer frente ao sistema que oprime e agride.

2.2.3 Movimento pela humanização do parto e nascimento

Neste contexto surge o movimento de humanização do parto e a promoção do “parto natural”. Para compreender a abrangência deste movimento e os signos e símbolos que imprime na imaginário da mulher contemporânea buscamos decifrar qual a idéia de natureza que se encontra no Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento.

Em seu estudo sobre o ideário do Movimentos de Humanização do Parto, Tornquist (2002) encontrou que a categoria Natureza aparece com freqüência sendo um ponto de acordo entre as vertentes biomédica e alternativa, uma vez que ambas se baseiam nas concepções de fisiologia humana e do parto para fundamentar sua recusa ao modelo tecnocrático de atenção ao parto e nascimento e questionar o predomínio da técnica e da cultura sobre procedimentos tidos como naturais. Para a autora

A crítica ao modelo medicalizado de assistência ao parto, desse modo, não questiona a própria concepção dicotômica natureza–cultura, mas sim inverte os sinais, positivando a dimensão tida como Natural e negativizando aquela tida como tecnocrática, social/cultural e ocidental. O ideário, ao entronizar dessa forma a Natureza, remete-se às concepções evolucionistas e românticas de um mundo e de uma humanidade distantes ou libertos da arbitrariedade da história e da cultura (TORNQUIST, 2002, p.448)

A autora enfatiza que o próprio termo “humanização” reforça uma concepção de ser humano fora da história e liberto da cultura, na qual humanizar é sinônimo de ‘animalizar’. Um dos autores de maior popularidade entre ativistas do movimento, Michel Odent (1982) utiliza o termo humanização para definir o reencontro da humanidade com suas raízes filogenéticas, aquelas que temos em comum com os demais mamíferos superiores. Para o autor processos fisiológicos como o parto e a amamentação acontecem de forma instintiva e espontânea quando toda a carga cultural é eliminada e são preservados os comportamentos geneticamente programados. Apesar de opor a dimensão cultural e natural em seus textos, Odent (1982) afirma que do ponto de vista sociológico esta separação não faz nenhum sentido, na medida em que uma sociedade natural é inconcebível e toda sociedade humana está impregnada de cultura. Mas defende uma conotação filogenética para o termo “natural”, empregado para designar os processos que ocorrem quando a memória e o conhecimento do cérebro antigo (víscero-afetivo) são respeitados.

A contraposição à cultura é a principal crítica de Tornquist (2002) ao Movimento, e sugere que se pense a questão em termos de uma perspectiva construcionista, na qual, ao contrário,

humanizar o parto implicaria trazer para o campo do simbólico a experiência da parturição; implicaria perceber a indissociabilidade das dimensões biológica, psíquica e cultural que se fazem presentes no ritual do parto, mesmo que este parto seja protagonizado de forma solitária por uma mulher, como em alguns casos na nossa sociedade ou naquelas culturas onde as “índias dão à luz sozinhas”, em função de seu próprio sistema cosmológico, suas concepções de vida, morte, natureza, cultura, humanidade e animalidade. As próprias concepções de Natureza e Cultura

devem ser colocadas em perspectiva, uma vez que foram elaboradas a partir de um sistema de pensamento propriamente ocidental, racionalista e cartesiano, não compartilhado por todas as culturas (TORNQUIST, 2002, p.489)

O termo “parto natural” é utilizado por ativistas do movimento de humanização do parto para contrapor-se àquilo que é denominado “modelo tecnocrático” de atendimento ao parto, enfatiza o repúdio ao uso abusivo de tecnologia no atendimento hospitalizado ao parto e nascimento. Afirma o entendimento de que o parto, ao contrário do que postula a versão medicalizada, não é um evento patológico, mas sim existencial e social, vinculado à sexualidade da mulher e à vida da família.

Para superar a discussão fundada no âmbito dicotômico “cultura *versus* natureza”, buscamos em Heidegger a chave para compreender porque em diversas frentes de movimentos que objetiva uma vida mais simples e saudável o termo “natural” tem sido utilizado contrapondo-se à questão tecnicista. Silva (2007) analisa a compreensão de Heidegger a respeito da essência da técnica, onde existe um comprometimento entre a matéria, a produção do objeto e a finalidade a qual vai servir, de forma que no processo algo se mostra, se desabriga, desvelando-se no seu modo de ser. E aquilo que tendíamos a entender como operação revela-se um deixar acontecer, deixar aparecer. Assim temos o plano do acontecer natural, *poiesis*, onde o que vem a aparecer depende da natureza e é uma auto-produção natural que não pode ser entendida como uma operação de fazer. Esta é a diferença entre algo tecnicamente produzido, onde este deixar aparecer ocorre por intermédio da técnica e do técnico, e não por meio de um processo natural. Em ambas as situações trata-se de um des-ocultamento, de um deixar vir à luz, acontecer: “a *poiesis* natural” é produção no sentido em que o termo se aplica, por exemplo, ao florescimento da flor; a *techné* é produção na qual intervém a técnica, como quando o artesão fabrica um vaso” (SILVA, 2007).

Nos parece então extremamente válido o uso do termo “natural” quando queremos valorizar uma situação em que o parto acontece devido às forças da natureza contrapondo-se a um parto medicalizado e tecnicista, onde o protagonismo da mulher/natureza é substituído pelo fazer do médico e o uso da tecnologia obstétrica contemporânea.

Segundo Silva (2007), há para Heidegger uma diferença ainda entre o moinho de vento, a ponte de madeira sobre o rio, a semeadura e a colheita destinadas à sobrevivência do camponês e o guarda florestal que percorre as trilhas entre as árvores de um lado, e a usina hidroelétrica, a agroindústria e a indústria madeireira, de outro. Conforme escreve Silva:

No primeiro caso, dir-se-ia que há uma espécie de continuidade entre a produção natural e a interferência humana. O moinho de vento significa: deixar que aconteça o movimento do vento sobre o movimento das pás; a semeadura e a colheita significam: deixar acontecer o processo natural das estações; a ponte de madeira significa a primazia do rio a ser transposto; o guarda florestal significa o guardador das árvores. No segundo caso, o vento, o rio, a floresta, a terra significam reserva de energia a ser extraída, processada e consumida. Desse ponto de vista, árvore é madeira e carvão; rio é possibilidade de acionar turbinas; ponte é possibilidade de transportar mercadorias (SILVA, 2007, p.370)

Desta forma, os chás, banhos e rezas das parteiras tradicionais, ou os fitoterápicos, massagens e banquetas de parto das parteiras urbanas são também técnicas, mas o termo conduzido através destes artifícios é considerado “natural”, porque existe uma continuidade entre a produção natural e a interferência humana. As massagens, ou a banheira com água deixam acontecer o processo natural do parto, são técnicas que respeitam a fisiologia da mulher. O uso de hormônios artificiais, episiotomia ou a cesareana já não permite que o processo do parto se ordene pela *poiesis*, mas por aquilo que é requerido pela transformação técnica. Nesse sentido é dito que a obstetrícia contemporânea é intervencionista, pois intervém em um processo que viria a acontecer naturalmente, pela *poiesis* – produção natural.

A tecnologia utilizada no atendimento ao parto ultrapassou a fronteira do servir e tornou-se o fim no processo, onde protocolos institucionais acabam por exigir das gestantes, parturientes e profissionais da saúde que as atendem uma adaptação ao procedimento e à técnica, com restrições à observação de cada caso e respeito às particularidades dos indivíduos envolvidos. Heidegger diz que, para a técnica moderna, não é a usina que está no rio, mas o rio que está na usina (SILVA, 2007). Da mesma forma, no modelo tecnocrático caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, a mulher se submete à técnica, enquanto que em um parto “natural” a técnica está a serviço da mulher.

O movimento de humanização do parto e nascimento vêm atuando em parceria com esferas governamentais e participando da elaboração de políticas públicas, marcando uma série de ações no âmbito da saúde coletiva e, particularmente, no campo da saúde da mulher, desde os anos 1980. Para Diniz o movimento pela humanização do parto aparece como “a necessária *redefinição das relações humanas na assistência*, como revisão do projeto de cuidado e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos” (DINIZ, 2005, p.632, grifo da autora).

É um movimento que transcende à mera constituição de uma proposta de mudança nos cuidados assistenciais e na relação profissional-cliente no campo da saúde, mas sua riqueza reside na possibilidade de reflexão ontológica da dimensão humana que permeia as ciências da saúde e suas tecnologias, ampliando o debate sobre a racionalidade estruturante das práticas em saúde (PEREIRAL; MOURA, 2008). Neste sentido pode ser uma das portas para o advento de um fazer científico pautado em novas relações entre seres humanos e entre humanos e natureza.

No imaginário do movimento há uma celebração do feminino, visto não apenas como uma característica das mulheres mas também de um modo específico de ser e estar no mundo: predomínio dos sentimentos, dos saberes sensuais, do não-intervencionismo, da espiritualidade (TORNQUIST, 2002).

Tanto os termos “parto natural” como “parto humanizado” são utilizados no Movimento, indicando talvez uma confluência entre aquilo que é humano e o que é natural, sinalizando a construção de um ideário não dicotomizado da natureza feminina e humana, uma simbologia da complementaridade necessária para a resignificação da relação humanidade-natureza.

Os movimentos de contra cultura e busca pelo “natural” nos fazem voltar o olhar para as sociedades onde estas vivências ainda são a norma: as sociedades tradicionais. Como as mulheres que têm facilidade para parir entendem o corpo feminino e a maternidade, qual a sua relação com a dor do parto, que tanto aflige as mulheres da nossa sociedade? Que valores motivam a prática das parteiras tradicionais e de que forma estas podem inspirar a geração de enfermeiras obstétricas e obstetrias que se autodenominam “parteiras urbanas”?

2.3 Assistência à saúde da mulher no Brasil

Historicamente a assistência à mulher no Brasil teve início dentro da concepção determinista que se estabeleceu no século XIX e que reduzia a mulher ao seu papel biológico. As ações e programas desenvolvidos pelo governo na época e até muito recentemente eram centralizados no atendimento à saúde da mulher na esfera exclusiva do ciclo gravídico puerperal,

Ainda no século XIX, quando emergiam e se consolidavam esses conceitos, iniciou-se a interferência do Estado, com um processo de expansão da assistência médica no Brasil, antes exercida quase exclusivamente na forma liberal ou filantrópica. Alguns programas de saúde dirigidos a grupos populacionais específicos começaram a ser desenvolvidos, entre eles a assistência pré-natal. Esta assistência associada à institucionalização do parto teve por objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século passado e na primeira metade deste. Ou seja, a assistência pré-natal surgiu como um processo de "puericultura intra-uterina", como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção a mulher (BRASIL, 2001, p.12)

O modelo social predominante vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua história, e se reflete na atuação da medicina nas questões relacionadas à saúde da mulher: “a exaltação da maternidade – discurso dominante a partir do século XIX – trouxe no seu bojo não a proteção da mulher das vulnerabilidades a que está exposta no processo de manutenção da espécie, mas a perpetuação das relações de poder entre os sexos” (BRASIL, 2001). Conforme questiona Foucault (1980),

Toda essa atenção loquaz com que nos alvoroçamos em torno da sexualidade há dois ou três séculos não estaria ordenada senão em função de uma preocupação elementar: assegurar o povoamento, reproduzir a forma de trabalho, reproduzir as formas de relações sociais; em suma, proporcionar uma sexualidade útil e politicamente conservadora? (FOUCAULT, 1980, P.37)

2.3.1 Saúde da mulher negra

A ausência da variável cor na maioria dos sistemas de informação da área de Saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde das mulheres negras no Brasil. No entanto, os dados socioeconômicos referentes à população negra por si só já são indicadores de seu estado de saúde: grande maioria de

mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro, quando comparada a das mulheres brancas. Por essas razões, elas possuem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, resultando que as mulheres negras têm maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas. (BRASIL 2004, 2007).

À medida que há melhoria da informação, a tendência é o aumento da confirmação estatística dos riscos para as minorias étnicas, e para as mulheres negras, a existência do quesito cor nos documentos oficiais foi o primeiro passo para redução das desigualdades. Se faz necessário o treinamento e a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da atenção à saúde, registro e análise dos dados sobre raça/cor/etnia (MARTINS, 2006).

Quanto à discriminação na assistência durante a gravidez e parto, pesquisa realizada pela Fiocruz/Pref. Rio de Janeiro, divulgada na Folha de São Paulo em 26 de maio de 2002, demonstra que 5,1% de mulheres brancas não receberam anestesia no parto normal, em relação à 11,1% de negras; 82% de mulheres brancas não foram informadas sobre a importância do pré-natal, em comparação a 76,6% de negras. Quanto aos sinais de parto, 73,1% das brancas foram informadas em relação a 62,5% das negras; no que se refere ao aleitamento, 77,7% das brancas foram orientadas, enquanto apenas 62,5% das negras tiveram orientação; puderam ter acompanhantes 46,2% das brancas e 27,0% das negras.

O recorte racial/étnico é fundamental para a análise dos indicadores de saúde e para o planejamento e execução de ações. Indicadores de saúde que consideram cor ou raça/etnia são absolutamente necessários para que se possa avaliar a qualidade de vida de grupos populacionais, de que e como adoecem e de que morrem (BRASIL, 2004).

No texto “Saúde da População Negra”, de Fátima de Oliveira (2003), encontramos as seguintes informações:

- mortalidade precoce: o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos por Óbitos demonstra que, para as mesmas patologias, as mulheres negras morrem antes que mulheres e homens brancos, de um modo geral;
- mortalidade infantil: apesar da tendência de redução na mortalidade infantil, a diferença relativa entre brancos e negros, que, em 1980, era de 21%, quase 20 anos depois aumentou para 40%;

- maior proporção de nascimentos negros com menor número de consultas pré-natal;
- maior proporção de óbitos de crianças negras sem assistência médica;
- escores inferiores para crianças negras no APGAR 1⁴;
- maior porcentagem de crianças negras de baixo peso ao nascer, característica que poderia indicar, além de problemas nutricionais, a possibilidade de maior prevalência de doenças maternas como diabetes e hipertensão não controladas durante a gravidez por menor acesso ou pela pior qualidade dos serviços de saúde que as mães desse grupo utilizam.

A hipertensão arterial durante a gravidez, levando à toxemia gravídica, é uma das principais causas de morte materna no Brasil, e sua maior prevalência se dá em negros de ambos os sexos, com a peculiaridade de aparecer mais cedo e ser mais grave e complicada nesse grupo populacional. Em pesquisa realizada no Estado do Paraná, Martins (2001), demonstra que o risco de óbitos maternos é maior entre as mulheres negras, resultando em maior razão de morte materna nesse segmento. A referida pesquisa encontrou uma razão de morte materna de 276,24 por 100 mil nascidos vivos para as mulheres negras e 62,73 para as brancas.

Alguns problemas de saúde são mais prevalentes em determinados grupos raciais/étnicos e, no caso das mulheres negras, a literatura refere maior frequência de diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme. A anemia falciforme é uma doença hereditária que incide majoritariamente em negros em todo o mundo, sendo predominante no Brasil a anemia falciforme do tipo banto. Dados da Organização Mundial da Saúde estimam que nascem no Brasil cerca de 2.500 crianças falcêmicas/ano e, segundo Oliveira (2003), triagens de gestantes no pré-natal demonstraram que, em cada mil, 30 são portadoras do traço falcêmico.

A precariedade das condições de vida das mulheres negras leva-as a apresentarem também maiores taxas de doenças relacionadas à pobreza, como o câncer de colo de útero que é duas vezes mais freqüente em mulheres negras que em brancas. O Ministério da Saúde (2004) considera que a realização de melhores pesquisas nacionais sobre a saúde das mulheres negras é necessária para a implementação de políticas de saúde nos níveis locais que respondam às necessidades desse segmento da população, excluído dos serviços de saúde e dos bens sociais.

⁴Avaliação feita sobre o estado de saúde do bebê nos primeiros minutos após o nascimento

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007) abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde e se insere na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem:

utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial (BRASIL, 2007, p.14).

No ano de 2006 foi realizado o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, no qual o Ministério da Saúde reconheceu oficialmente a existência do racismo institucional nas instâncias do SUS. O movimento de mulheres negras conferiu maior visibilidade às questões específicas de saúde da mulher negra, sobretudo aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2007) considera que

para uma análise adequada das condições sociais e da saúde da população negra, é preciso ainda considerar a grave e insistente questão do racismo no Brasil, persistente mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido ao seu elevado grau de entranhamento na cultura brasileira. O racismo se reafirma no dia-a-dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições, das organizações e também as relações entre as pessoas; é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, de forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto este segmento (BRASIL, 2007, p.29)

2.3.2 O conceito de saúde reprodutiva

A atuação do movimento feminista a partir da metade do século XX trouxe ao debate novas concepções das relações entre os gêneros, e das relações entre os indivíduos e a sociedade. No período de transição democrática o feminismo brasileiro conseguiu influenciar, em nível governamental, a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cuja concepção integral do corpo feminino e de todas suas fases tinha um caráter inédito e progressista ante as políticas pública até então em vigor (SCAVONE, 2004).

O movimento feminista influenciou teórica e politicamente estudos e pesquisas de gênero na área de saúde, inclusive com a incorporação de conceitos produzidos no feminismo contemporâneo, como *saúde reprodutiva*, *direitos reprodutivos* e *saúde das mulheres*. A idéia de que as diferenças biológicas entre homens e mulheres determinavam socialmente as desigualdades sexuais foi amplamente contestada, enquanto as diferenças biológicas foram afirmadas, buscando a valorização da identidade histórica das mulheres e a desconstrução de implicações negativas desta identidade nas relações sociais, profissionais e intelectuais (HARDING, 1993; GIFFIN, 1999; SCAVONE, 2004).

No campo da saúde isso significava recusar a definição patológica e mecanizada do corpo feminino criada pela medicina e inserir a subjetividade no discurso sobre a saúde, abrindo espaço para os sentimentos, o amor, a sexualidade. Buscava-se também “a recuperação de um saber historicamente desenvolvido pelas mulheres por meio da experiência adquirida com seu ciclo reprodutivo: a menstruação, a gravidez, o parto, a amamentação, o puerpério, entre outras” (SCAVONE, 2004, p.46).

Para Scavone (2004), a origem do conceito de saúde reprodutiva está ligada à luta pela autonomia reprodutiva das mulheres e surgiu de uma realidade histórico e social precisa, na qual autonomia implicava a “luta pela apropriação do próprio corpo, a crítica à sua medicalização e, por fim, a luta pelos direitos reprodutivos básicos, expressos no princípio da livre escolha da maternidade, ou seja, contracepção e aborto livres e gratuitos. A autora considera que o conceito de saúde reprodutiva:

é teórico ao abordar a característica reprodutiva das mulheres – gravidez, parto, amamentação, maternidade – como problemática universal de gênero. Essa universalidade, entretanto, não é absoluta; ela é tratada com base numa abordagem relacional e histórica, buscando identificar os aspectos decorrentes de uma situação de dominação e poder masculinos (na relação com o companheiro, com o médico e com as instituições de saúde) e os aspectos decorrentes de outro pólo de poder no qual as mulheres tem primazia pelo autoconhecimento de seus corpos, domínio da contracepção, realização ou recusa da maternidade, ambos em tensão política pela transformação das condições de saúde das mulheres. Por outro lado, ele evidencia as questões empíricas ao tratar a saúde reprodutiva em cada contexto particular, colocando no palco seus problemas mais urgentes, as reflexões, lutas e soluções que a ela são dadas (SCAVONE, 2004, p 48)

O conceito aos poucos extrapolou o feminismo e passou a ser utilizado por organismos políticos governamentais, sendo que após a Conferência do Cairo de

1994, o conceito de saúde reprodutiva teve sua nova enunciação inspirada com base no novo conceito de saúde: pleno bem estar físico, mental e social, que não consiste apenas em ausência de doenças,

Um estado de completo bem estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doenças ou enfermidades. Isto implica a capacidade de desfrutar uma vida sexual satisfatória e sem riscos, de procriar e ter a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com qual frequência. Nessa última condição está implícito o direito do homem e da mulher de obter informações sobre os métodos que escolheram para regular a sua fecundidade, assim como outros métodos de regulação da fecundidade que não estejam legalmente proibidos, o acesso a métodos seguros, eficazes, exequíveis e aceitáveis, e o direito de receber serviços adequados de atenção à saúde que permitam gravidez e parto sem riscos e dêem aos casais as máximas possibilidades de ter filhos sadios (CAIRO, 1994 *apud* SCAVONE 2004, p.49).

Para Scavone a Declaração do Cairo apresenta um conceito de saúde reprodutiva fundado sobre o paradigma do elogio ao mundo científico e tecnológico, e traz implícito em sua enunciação que a condição de pleno bem estar é assegurada mediante a prática da tecnociência médica, resultado do avanço industrial e do desenvolvimento econômico. “Atrelada à um projeto de sociedade ideal, a saúde torna-se uma utopia” (SCAVONE, 2001, p. 50). Ao idealizar a “gravidez e parto sem riscos”, por meio de acompanhamento e intervenção médica, a declaração retorna a visão patológica e medicalizada do corpo feminino e abre espaço para políticas de controle sob o manto da promoção do bem estar. Apesar de afirmar o indivíduo livre e de direito, condiciona o pleno bem estar físico e uma vida sexual sem riscos à ciência e a tecnologia, entidades que figuram no imaginário popular como sinônimos de eficácia e segurança.

O caminho para a humanização do atendimento passa pelo respeito às individualidades e à autonomia feminina. Além de ser dever do Estado oferecer os métodos e informações deve-se considerar o conhecimento da mulher sobre seu próprio corpo e respeitar as condições sociais, econômicas e políticas que estão no cotidiano de cada mulher e sua família, e que determinam sua saúde. A saúde reprodutiva como um projeto político deve referenciar sua origem histórica e fundamentar suas ações no respeito às diferenças e na luta pelo fim das desigualdades sociais e sexuais na sociedade.

2.3.3 Assistência ao parto e nascimento no Brasil

O Brasil possui altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, sendo que as causas de mortalidade materna mais frequentes são aquelas consideradas evitáveis, como hipertensão, hemorragia, infecção e complicações de aborto (VICTORA *et al.*, 2011). As principais causas de mortalidade neonatal igualmente são aquelas consideradas reduzíveis e evitáveis, como falhas na atenção adequada à mulher durante a gestação e parto, bem como ao recém-nascido (MALTA, 2007). As taxas de cesáreas em 2008 corresponderam a 84,5%, na rede privada, e a 31,0%, na rede pública (DATASUS, 2010), e o país precisa reduzir drasticamente essa taxa para se adequar às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelecem que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios. Mulheres continuam sendo submetidas a uma cirurgia de grande porte sem necessidade e sem esclarecimento adequado dos riscos e complicações inerentes ao procedimento (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Além disso, movimentos sociais denunciam as “circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento” (DINIZ, 2005). A Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, fundada em 1993, considera que:

no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor (REHUNA, 1993 *apud* DINIZ, 2005, p.631).

Como esperado nas estruturas democráticas, a mobilização da sociedade civil na construção de dinâmicas e realidades desejáveis é essencial para fazer valer os direitos assegurados legalmente, e os programas governamentais relacionados com a assistência ao parto e nascimento vem buscando responder às demandas dos movimentos sociais.

Em 1996 o Ministério da Saúde, em parceria com FEBRASGO, UNICEF e OPAS, lançou o Projeto Maternidade Segura que pretendia reduzir a mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido. Por meio de um conjunto de portarias lançadas no ano 2000 foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, com seus diferentes

componentes de incentivo à Assistência Pré-Natal, a organização, regulação e novos investimentos na Assistência Obstétrica, estabelecendo uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Este programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais. O objetivo principal é “reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos”(BRASIL, 2003)

A Lei 11.108, também chamada Lei do Acompanhante, garante que toda gestante tenha direito a um acompanhante de sua escolha durante o período de pré-parto, parto e pós-parto, ou seja, desde o momento em que chega à maternidade, até 48 horas após o nascimento, salvo sob orientação médica contrária (BRASIL, 2005a). A Lei promulgada em 2005 foi um marco na representação do reconhecimento do bem-estar da parturiente, nas perspectivas da Medicina Baseada em Evidências e da Humanização, entretanto não possui meios de estabelecer punição a quem impedir ou não fizer cumprir a mesma, e vem sendo desconsiderada sistematicamente por hospitais privados e públicos em todo o país (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

Em 2011 o Ministério da Saúde, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, institui a Rede Cegonha (BRASIL 2012). A Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças:

- (i) no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; (ii) na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; (iii) na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; (iv) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); (v) na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e (vi) na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê) (BRASIL 2012, p.16)

No dossiê elaborado pela Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, para a Comissão de Inquérito sobre Violência Obstétrica as propostas do Rede Cegonha são vistas com bons olhos e no documento exige-se que o Ministério da Saúde atue junto à ANS para que os plantões obstétricos do setor suplementar “estejam alinhados com as políticas atuais de humanização da assistência e boas práticas de assistência ao parto baseadas em evidências, como as propostas do Rede Cegonha que atua na adequação dos serviços da rede

pública” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Outra conquista importante foi a Portaria número 371 de maio de 2014 que “institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido⁵ (RN) no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2014), e recomenda procedimentos simples que não dependem de aquisição de tecnologia ou adequação de espaços, apenas a compreensão da importância do vínculo entre mãe e bebê na primeira hora de vida para a saúde de ambos. Assim, deve-se buscar:

I - assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de braços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida, Verificar a temperatura do ambiente que deverá está em torno de 26 graus para evitar a perda de calor; II - proceder ao clameamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV HTLV positivas, nesses casos o clameamento deve ser imediato; III - estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas; IV - postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos (BRASIL, 2014)

Em 2007, um grupo de mulheres representantes da rede Parto do Princípio denunciou ao Ministério Público Federal (MPF) a omissão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) diante da ocorrência abusiva de cesarianas nas maternidades particulares. Em 2010, o MPF iniciou Ação Civil Pública contra a ANS, para que esta exerça sua função reguladora, e parte das solicitações e propostas da Parto do Princípio foram contempladas pelo MPF. Em 2015 parte das propostas foi regulamentada pelo Ministério da Saúde, sendo uma dessas a publicização dos índices de cesáreas e partos normais. A partir de então Fica estabelecido que os planos de saúde devem informar às clientes, em até 15 dias, a quantidade de cesarianas realizadas por seu médico e hospital, quando solicitados. Outras determinações da Justiça Federal que devem ser adotadas pela ANS inclui o aumento da remuneração dos partos normais pelas operadoras de planos de saúde e a a obrigatoriedade das operadoras e dos hospitais adotarem o partograma (ficha

⁵ Para recém nascido a termo (entre 37 a 42 semana), com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial.

do trabalho de parto da gestante) como condição para o pagamento dos honorários ou apresentação de relatório médico indicando a necessidade de realizar a cesariana.

Considerando que as taxas de cesáreas tendem a ser menores nos países que adotam um modelo de assistência obstétrica menos medicalizado, uma das exigências atuais do movimento é o oferecimento de equipes multidisciplinares com enfermeiras obstetras e obstetras realizando assistência direta aos partos de mulheres com gestação de risco habitual. Para tanto sugere-se a reabertura e criação de cursos de graduação em Obstetrícia e o incentivo à reabertura de especializações em Enfermagem Obstétrica nas Universidades Públicas.

Segundo a OMS, o parto de uma gestação de baixo risco pode ser assistido com segurança no domicílio, numa casa de parto ou na maternidade de um hospital, sendo a enfermeira-parteira o profissional mais adequado para essa função. Os Centros de Parto Normal (CPN) constituem uma estratégia para reduzir a mortalidade materna e perinatal, e, oferecendo uma assistência humanizada e de baixo intervencionismo, devem contribuir para uma melhoria da assistência ao parto normal (OMS, 1997).

O acompanhamento por enfermeira obstétrica e obstetris é regulamentado no Brasil⁶, assim como a criação de Centros de Parto Normal⁷. Ainda são em pequeno número os CPN no Brasil, e raros os estudos sobre os desfechos de partos e nascimentos assistidos nestas instituições. Em um estudo pioneiro nesta área, Campos e Lana (2007) analisaram os indicadores assistenciais do CPN Dr. David Capistrano da Costa Filho, em Belo Horizonte, e chegaram a resultados favoráveis similares aos encontrados na literatura internacional, com destaque para a baixa taxa de realização de cesáreas.

Uma revisão da literatura científica elaborada pelo notório grupo científico da Cochrane Collaboration's Pregnancy and Childbirth Group (HODNETT *et al*, 2003)

⁶ Portaria MS/GM2.815, de 29 de maio de 1998, inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento "parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra"

⁷ Portaria no. 985/1999 do Ministério da Saúde, que autoriza e regulamenta os Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

inclui e valida diversos estudos que confirmam claramente que a presença da doula⁸ no suporte intra-parto contribui para a melhora nos resultados obstétricos, diminui as taxas das diversas intervenções e promove a saúde psico-afetiva da mãe e do vínculo mãe-bebê. A presença da doula é também recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997) e pelo Ministério da Saúde, que considera que o apoio da doula, "além de melhorar a vivência experimentada pelas mulheres que dão à luz, parecem ter uma influência direta e positiva sobre a saúde das mulheres e dos recém-nascidos. Devem, portanto, ser estimuladas em todas as situações possíveis" (BRASIL, 2001).

Através de uma parceria entre a Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman e a direção do hospital, teve início em 1997 a experiência com doulas comunitárias visando a melhoria do atendimento e dos serviços prestados na área perinatal (LEÃO; BASTOS, 2001). As doulas foram selecionadas pela comunidade e por uma equipe composta por assistente social, enfermeira e psicólogo e receberam treinamento da equipe multiprofissional do hospital quanto a gestação, parto, puerpério, amamentação, cuidados com bebê, entre outros tópicos. A experiência foi considerada satisfatória pelos profissionais da instituição teve repercussão favorável na comunidade, e tem potencial para ser reproduzida, respeitando-se os diferentes contextos, em outras instituições e comunidades.

2.4 Os grupos étnicos quilombolas na atualidade.

A partir da redemocratização no Brasil foram ampliados os espaços de expressão de grupos antes suprimidos ou abafados pela ditadura militar. Esta abertura culminou na reformulação da Constituição Brasileira em 1988, que, como consequência, "passa a introduzir o reconhecimento a novos sujeitos políticos, como as comunidades remanescentes de quilombos" (MARINHO, 2015). O reconhecimento trouxe novas questões, diversas interpretações e leituras do termo "remanescentes dos quilombos" promovendo discussões e pressões de variados

⁸ O termo refere-se à mulher sem experiência técnica na área da saúde, que orienta e assiste a mãe no parto e nos cuidados com bebê. Seu papel é oferecer conforto, encorajamento, tranquilidade, suporte emocional, físico e informativo durante o período perinatal.

níveis da sociedade civil sobre tais comunidades.

No artigo 68 dos Atos dos Dispositivos Constitucionais Transitórios está descrito que: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos”. Segundo Marinho (2015) a discussão ocorre, principalmente, devido à precariedade do texto do artigo que suscita dúvidas acerca de quem seriam os remanescentes de quilombos e como reconhecê-los legalmente para fins de aplicação do artigo 68.

As situações concretas de conflito levaram à problematização em torno do conceito de quilombo e dos procedimentos operacionais, e foi um catalizador da organização das forças sociais que “recusavam o caráter restritivo e limitante do único instrumento legal produzido após a abolição de 1888, o qual se refere a direitos sobre a terra por parte de ex-escravos e seus descendentes” (ALMEIDA, 2002). Praticamente todos os autores consultados trabalhavam com o mesmo conceito, um conceito que Almeida (2002) classifica como “frigorificado”, que foi formulado como uma “resposta ao rei de Portugal” em virtude de consulta feita ao Conselho Ultramarino, em 1740. Nesta ocasião quilombo foi formalmente definido como “toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele”. Para Almeida (2002), esses elementos descritivos:

funcionaram como definitivos e como definidores de quilombo. Jazem encastoados no imaginário dos operadores do direito e dos comentadores com pretensão científica. Daí a importância de relativizá-los, realizando uma leitura crítica da representação jurídica que sempre se mostrou inclinada a interpretar o quilombo como algo que estava fora, isolado, para além da civilização e da cultura, confinado numa suposta auto-suficiência e negando a disciplina do trabalho (ALMEIDA, 2002).

Somente se encontra referência aos quilombos neste conceito do tempo do império e na legislação republicana nem existe menção a eles, pois segundo Almeida (2002), com a abolição da escravatura imaginava-se que o quilombo automaticamente desapareceria ou não teria mais razão de existir. A partir de então constata-se um silêncio nos textos constitucionais sobre a relação entre os ex-escravos e a terra, e quando é mencionado na Constituição de 1988 “o quilombo já surge como sobrevivência, como *remanescente*. Reconhece-se o que sobrou, o que é visto como residual, aquilo que restou, ou seja, aceita-se o que já foi” (ALMEIDA, 2002, p. 53, grifo do autor). Para este mesmo autor,

É necessário que nos libertemos da definição arqueológica, da definição histórica *stricto sensu* e das outras definições que estão frigorificadas e funcionam como uma camisa-de-força, ou seja, da definição jurídica dos períodos colonial e imperial e até daquela que a legislação republicana não produziu, por achar que tinha encerrado o problema com a abolição da escravatura, e que ficou no desvão das entrelinhas dos textos jurídicos. A relativização dessa força do inconsciente coletivo nos conduz ao repertório de práticas e às autodefinições dos agentes sociais que viveram e construíram essas situações hoje designadas como quilombo (ALMEIDA, 2002, p.23).

A exigência culturalista como requisito étnico, com o pressuposto de que quanto mais sinais diacríticos os remanescentes possuírem relacionados ao passado de quilombo e/ou africano, maior a legitimidade para acessar os benefícios garantidos pelo artigo 68, também precisou ser revista no Brasil. Segundo Marinho (2015),

Turistas, pesquisadores, políticos, jornalistas, fotógrafos, entre outros, passaram a visitar tais comunidades e imputar-lhes seus anseios e curiosidades. Inspirados pelo conceito de quilombos à época da escravidão, muitos esperam encontrar comunidades atualizadas dos antigos quilombos, presas a relações arcaicas de produção e reprodução social, misticismos; geralmente relacionados à cultura africana, associando tais comunidades a um símbolo de uma identidade, de uma cultura e, sobretudo, de um modelo de luta e militância negra. Essas pressões, em muitos casos, serviram para que uma definição pragmática e essencialista de identidade fossem adotadas, em que a aparente conservação da cultura de origem (africana/quilombola) daria um status de legitimidade na consecução do projeto de sobrevivência e os traços culturais exaltariam a etnicidade com vistas a adequar o passado ao presente (MARINHO, 2015, p.15-16)

Esta “definição de tipo ideal” de grupo étnico, apreendido e analisado pelo conteúdo cultural, se constrói dentro do “paradigma tribal” que interpreta a cultura apenas como um conjunto de traços objetivos, observados de fora, dobrado sobre si mesmo, funcionando em regime fechado, em isolamento. Segundo essa definição o grupo étnico se caracterizaria pela preservação de diferenças culturais herdadas que sejam facilmente identificáveis por qualquer observador externo, supostamente produzidas pela manutenção de um pretense isolamento geográfico e/ou social ao longo do tempo (O’Dwyer 2002).

Diversos autores envolvidos com populações rurais negras e a questão da aplicação do preceito constitucional afirmam que desde Barth (1967), percebe-se um esforço analítico para delimitar fronteiras étnicas fora de fundamentos biológicos, raciais e lingüísticos, tendo como ponto de partida categorias de autodefinição e de atribuição (ALMEIDA, 2002; O’DWYER, 2002; MARINHO, 2015). Segundo O’Dwyer, a partir do trabalho de Barth a persistência dos limites entre os grupos deixa de ser

colocada em termos dos conteúdos culturais que encerram e definem suas diferenças. O problema do contraste cultural passa a não depender mais de um observador externo que contabilize as diferenças ditas objetivas, mas unicamente dos “sinais diacríticos”, isto é, as diferenças que os próprios atores sociais consideram significativas. Por conseguinte, as diferenças podem mudar, ainda que permaneça a dicotomia entre “eles” e “nós”, marcada pelos seus critérios de pertença.

O ponto focal da análise de Barth (1969 *apud* MARINHO, 2015) está nas fronteiras étnicas, o que definiria a organização grupal, e não na matéria cultural que ela abrange. Embora reconheça o aspecto territorial das fronteiras, considera que elas são prioritariamente sociais, e é por seu meio que se expressa e se validam as diferenças entre os grupos em interação, pois é no processo de relações interétnicas, e não de isolamento, que as fronteiras são mantidas. Além disso,

o conteúdo cultural se modifica no tempo e varia de acordo com ajustamentos ecológicos e demográficos, ou seja, de acordo com a competição com outros grupos e com o trânsito nos limites e fronteiras. Assim, os grupos étnicos se definiriam a partir de critérios de pertencimento e exclusão e pela tentativa de normatização da interação entre os membros do grupo e as pessoas de fora. Nesta concepção, a homogeneidade cultural seria uma resultante do processo de criação coletiva, não a causa, condição e menos ainda a explicação da etnicidade (MARINHO, 2015, p.17).

Essa abordagem tem orientado a elaboração dos relatórios de identificação, os também chamados laudos antropológicos, no contexto da aplicação dos direitos constitucionais às comunidades negras rurais consideradas remanescentes de quilombos, de acordo com o preceito legal. Em vez de emitir uma opinião preconcebida sobre os fatores sociais e culturais que definem a existência de limites, “apenas os fatores socialmente relevantes podem ser considerados diagnósticos para assinalar os membros de um grupo”, e a característica crítica é a “auto-atribuição de uma identidade básica e mais geral” que, no caso das comunidades negras rurais, costuma ser determinada por sua origem comum e formação no sistema escravocrata (O'Dwyer, 2002).

Ao serem requisitados para a elaboração dos relatórios de identificação, em uma conjuntura de pressão do movimento negro com a criação de mecanismos de representação, como a Comissão Nacional Provisória de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CNACNRQ – 1996), antropólogos tiveram papel decisivo no questionamento de noções baseadas em julgamentos

arbitrários, como a de *remanescente de quilombo*, ao indicar a necessidade de se perceberem os fatos a partir de uma outra dimensão que venha a incorporar o ponto de vista dos grupos sociais que aspiram à vigência do direito atribuído pela Constituição Federal. A perspectiva dos antropólogos reunidos no Grupo de Trabalho sobre Terra de Quilombo, em 1994, tem a seguinte orientação:

□O termo quilombo tem assumido novos significados na literatura especializada e também para grupos, indivíduos e organizações. Ainda que tenha um conteúdo histórico, o mesmo vem sendo 'ressemantizado' para designar a situação presente dos segmentos negros em diferentes regiões e contextos do Brasil. (...) Contemporaneamente, portanto, o termo quilombo não se refere a resíduos ou resquícios arqueológicos de ocupação temporal ou de comprovação biológica. Também não se trata de grupos isolados ou de uma população estritamente homogênea. Da mesma forma, nem sempre foram constituídos a partir de movimentos insurrecionais ou rebelados mas, sobretudo, consistem em grupos que desenvolveram práticas cotidianas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos e na consolidação de um território próprio. (...) No que diz respeito à territorialidade desses grupos, a ocupação da terra não é feita em termos de lotes individuais, predominando seu uso comum. A utilização dessas áreas obedece à sazonalização das atividades, sejam agrícolas, extrativistas ou outras, caracterizando diferentes formas de uso e ocupação dos elementos essenciais ao ecossistema, que tomam por base laços de parentesco e vizinhança, assentados em relações de solidariedade e reciprocidade. (O'DWYER, 2002, p.18).

Comunidades quilombolas encontram-se envolvidas em disputas de terra em todo o território brasileiro, resistindo à especulação imobiliária, à grandes empresas de mineração, à grilagem por fazendeiros. Nestes casos, conforme observa Almeida (2002) "as definições com pretensão classificatória são por princípio arbitrárias e sempre demandam disputas, dispondo em campos opostos os interesses em questão". Esse foi o caso da comunidade de Porto Corís, município de Leme do Prado, no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, atingida pelo projeto de construção da barragem de Irapé, que teve negado seu direito à identificação como "remanescente de quilombo". Os argumentos contrários ao reconhecimento da comunidade no laudo encomendado pela Companhia Energética de Minas Gerais (Cemig), basearam-se na inexistência de vestígios arqueológicos (O'DWYER, 2002).

Brasileiro e Sampaio (2001) descrevem como a comunidade negra rural de Sacutiaba, situada no oeste baiano, iniciou nos anos de 1990 um processo de manutenção de posse com o objetivo de impedir a ocupação indevida de seu território. Após a concessão de uma liminar favorável que afirmava a posse da comunidade há mais de 200 anos sobre a área em questão, a comunidade enviou a representação à Fundação Cultural Palmares, solicitando a regularização de seu

território, consoante os termos do art. 68 do ADCT da Constituição Federal de 1988,

Em 4 outubro de 1995, a comunidade de Riacho de Sacutiaba e Sacutiaba enviou uma primeira representação à Fundação Cultural Palmares, solicitando a regularização de seu território, consoante os termos do art. 68 do ADCT da Constituição Federal de 1988. Em outubro do mesmo ano, a Fundação Palmares encaminhou o procedimento à 6ª Câmara de Coordenação e Revisão do MPF (6ª CCR), em Brasília, para a adoção das providências cabíveis. Ofício de um assessor da 6ª CCR declarou à Fundação Palmares não existir nos autos “*elementos que comprovem que as comunidades são remanescentes de quilombos*”. Caberia à Fundação Palmares desenvolver pesquisa nesse sentido, para *verificar o possível vínculo entre as comunidades e algum antigo quilombo da região*”. (BRASILEIRO; SAMPAIO, 2002, p.96, grifo nosso).

Na continuidade deste processo se fez necessário superar o conceito “frigorificado” de quilombo para alcançar a definição do território e o reconhecimento oficial da Comunidade Negra Rural de Sacutiaba e Riacho de Sacutiaba. Este é um caso que exemplifica como o conceito de quilombo na atualidade é fundamental para assegurar à esses grupos étnicos o direito à diferença cultural e à reprodução de suas práticas econômicas e sociais, bem como o respeito pelos seus saberes tradicionais.

2.4.1 Vida e saúde quilombola

A população quilombola atualmente luta por igualdade de direitos, pela posse e regularização fundiária de suas terras, pela ampliação de uma cidadania plena e pela equidade na saúde pública no nosso país. Os quilombolas estão distribuídos por todo território nacional, e muitos ainda vivem em comunidades formadas por forte vínculo de parentesco, mantendo vivas tradições culturais e religiosas. Os membros da comunidade estão ligados a trabalhos rurais, ou culturas de subsistência, e muitos dependem de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, entre outros (BRASIL, 2005b).

Na opinião de Almeida (2002) a questão do denominado “quilombo hoje” passa pelo entendimento do sistema econômico intrínseco a essas unidades familiares, que produzem concomitantemente para o seu próprio consumo e para diferentes circuitos de mercado, onde o sistema de produção “mais livre e autônomo, baseado no trabalho familiar e em formas de cooperação simples entre diferentes famílias, acha-se intimamente vinculado ao deslocamento do conceito de quilombo”

As comunidades, em sua maioria, caracterizam-se pelo forte vínculo com o

meio ambiente. A atividade econômica baseada na mão de obra familiar, para assegurar os produtos básicos para o consumo, e as crianças aprendem no cotidiano a lida na roça. (FREITAS *et al*, 2011) A atividade econômica nestas comunidades volta-se basicamente para a subsistência, com uma pequena parte dos produtos cultivados comercializada por preços muito baixos, o que gera, portanto, pouca renda para as famílias. A forma de produção mais frequente é a agricultura (94,0%), seguida da criação de animais (56,0%) e da pesca (32,0%) (BRASIL, 2008).

Com relação às condições de saúde dos quilombola, Freitas e colaboradores (2011) encontraram baixos índices de indicadores de saúde entre as crianças destas populações, devido a condições sanitárias insuficientes, com a maior parte não possui água tratada e nem esgoto sanitário. Os autores também apontam a dificuldade devido a ausência de serviços de saúde locais, fazendo com que, ao surgirem doenças, seus habitantes sejam obrigados a percorrer grandes distâncias em busca de ajuda. A dificuldade do acesso à saúde, devido às características geográficas e de infraestrutura, também é considerada uma vulnerabilidade das populações quilombolas por Novais e Mesquita (2015). Estas autoras incluem ainda a forma como os serviços de saúde são organizados e a concepção biomédica dos mesmos como fatores que impedem o acesso desta população aos serviços de saúde.

É notório que o uso de serviços de saúde vem aumentando no país, mas permanecem as desigualdades geográficas e sociais, especialmente entre os grupos minoritários. Ao analisar o uso de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia, Gomes e colaboradores encontraram resultados que apontam de forma geral a subutilização dos serviços e sugerem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população quilombola. Segundo as autoras,

uma possível explicação para essa realidade é que as iniquidades enfrentadas pelos quilombolas vão muito além das dificuldades no acesso e utilização de serviços de saúde, sendo expressas, sobretudo, pelas piores condições sociais e econômicas. Assim, torna-se imperiosa a implantação de políticas sociais que sejam capazes de melhorar as condições gerais de vida dessa população. Ao mesmo tempo, para aumentar o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população quilombola, é necessário adaptar a dinâmica de trabalho dos programas de saúde para a realidade da zona rural, melhorar a infraestrutura para a realização dos atendimentos e investir na capacitação dos profissionais sobre a cultura, modo de vida e os problemas de saúde mais prevalentes nesse grupo populacional (GOMES *et al*, 2013, p.1839).

O analfabetismo e a baixa escolaridade são frequentes entre as famílias quilombolas, o levantamento do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome encontrou 43,6% das mães de crianças menores de cinco anos tinham até quatro anos de escolaridade completos e 47,0% dos chefes de famílias estudaram até o quarto ano do ensino fundamental e 15,8% destes não tinham estudo (BRASIL, 2008). A escolaridade da mãe é fator que contribui para as condições de vida e sobrevivência na primeira infância, uma vez que a baixa escolaridade dos pais pode influenciar negativamente na aprendizagem dos seus filhos, além dos cuidados para com estes.

2.4.2 A Comunidade Quilombola Ausente

Localizada no município do Serro, região do Alto Vale do Jequitinhonha, a Comunidade Quilombola Ausente obteve a Certidão de Autodefinição como Comunidade Remanescente de Quilombos entre os anos de 2010 e 2011. Para a obtenção da declaração a comunidade criou uma “Associação de Quilombolas”, que atualmente continua a realizar reuniões periódicas para organizar as demandas da comunidade em relação ao poder público.

O acesso ao campo e o contato com as lideranças e famílias da comunidade foi realizado através da Associação de Desenvolvimento Comunitário e Ação Social do Clube de Mães – ADCAS, visita regularmente, há quinze anos, a comunidade para o desenvolvimento de atividades educativas sócio ambientais, apoio comunitário e extensão rural. A recepção das famílias foi facilitada pelo fato de a pesquisadora participar de oficinas de Capoeira Angola com as crianças da comunidade, promovida pela Secretaria de Promoção Social da Prefeitura municipal do Serro.

A comunidade é atravessada pelo Rio Jequitinhonha, e essa divisão geográfica espelha divisões também em outros aspectos. Em Ausente de Cima se localiza a Igreja do Rosário, local onde se reúnem os moradores para a prática da fé católica, nas missas e nos festejos realizados no largo logo em frente a Igreja. Os moradores de Ausente de Baixo são todos evangélicos, e não costumam participar das festas católicas promovidas pelos moradores de Ausente de Cima.

É também no Ausente de Cima que se localiza a pequena escola da

comunidade, que oferece ensino fundamental do 1º ao 5º ano, freqüentada por crianças de ambos os lados do Jequitinhonha. A partir do 6º ano as crianças passam a estudar no distrito de Milho Verde, sendo o transporte realizado por um ônibus escolar da Prefeitura do Serro.

A estrutura da escola é usada para reuniões comunitárias, cursos e oficinas oferecidos pela Secretaria de Promoção Social, pela ADCAS e pelo SENAR. Além de ser uma das duas únicas estruturas físicas que comportam reuniões de pessoas, a escola é considerada território neutro e as atividades são realizadas nesse espaço para permitir que evangélicos queiram participar. Quando marcadas atividades no espaço da igreja é comum que moradores de Ausente de Baixo se recusem a participar.

Jovens cursando o terceiro grau é uma novidade na Comunidade Ausente, que só tornou-se realidade após a criação da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. O acesso à esta Universidade é possível pela proximidade da comunidade com o *campus* de Diamantina e a política de cotas para egressos das escolas públicas e para afro-descendentes. Ainda assim são poucos os que se sentem estimulados a continuar os estudos, e a regra é mudar-se para a cidade e juntar-se aos mais velhos na busca por trabalho em Belo Horizonte ou São Paulo.

Os moradores da comunidade produzem vários itens alimentares nas roças e pequenas criações de animais, os produtos são para o consumo familiar e não se produz excedentes para comercialização. Existe uma pequena comercialização do melado e rapadura, um dos poucos produtos excedentes com potencial para o mercado nos municípios mais próximos ou na própria comunidade. Não existem estabelecimentos comerciais na comunidade e para fazer compras os moradores dirigem-se ao município do Serro ou ao distrito de Milho Verde.

A equipe médica do posto de saúde do Milho Verde visita a comunidade uma vez por mês, e então recebe os moradores para os atendimentos regulares de acompanhamento das gestantes, bebês até 2 anos e crianças, nos chamados *controles mensais*. É também ao posto de saúde que se dirigem quando precisam de indicação para consultar um especialista. Os moradores e moradoras da Comunidade Ausente se dirigem ao hospital no Serro no caso de problemas de saúde mais graves e quando é chegada a hora de darem à luz os seus bebês.

3 METODOLOGIA

3.1 Pesquisa qualitativa em saúde

A discussão a respeito dos métodos a serem usados na pesquisa social e sua comparação com as ciências físico-naturais e biológicas ainda não trouxe respostas definitivas, mas a própria distinção dicotômica entre ciências sociais e ciências naturais já deixou de ter sentido e utilidade (SANTOS, 1995). Na crise que o modelo de racionalidade científica atravessa nesse momento, parece que as ciências sociais, tantas vezes acusadas por sua imprecisão e subjetividade, podem indicar o caminho da construção de uma nova epistemologia para o fazer científico. Conforme Boaventura de Souza Santos coloca, “a análise das condições sociais, dos contextos culturais, dos modelos organizacionais da investigação científica, antes acantonada no campo separado e estanque da sociologia, passou a ocupar papel de relevo na reflexão epistemológica” (SANTOS, 1995, p.30).

Nos anos 1980, a crítica pós-modernista da ciência ocidental introduz o paradigma da incerteza no campo do conhecimento. Na mesma época epistemologias feministas e filosofias da ciência passaram a questionar padrões convencionais de objetividade, racionalidade, “bom método” e “ciência real” (HARDING, 2006). Atualmente a ciência única paulatinamente vai perdendo espaço e os antigos paradigmas coexistem e precisam se abrir ao diálogo com uma imensa diversidade de ontologias, epistemologias, e métodos que caracterizam a ciência contemporânea (NARVAZ; KOLLER, 2006).

Ao entrar no campo da metodologia em Pesquisa Social, salientamos os pontos nos quais, segundo Minayo (1999), se constrói a especificidade das Ciências Sociais, que mantivemos em mente ao elaborar nosso objeto de estudo e definir a metodologia que seguiríamos neste estudo:

- o objeto das ciências sociais é *histórico*: a sociedade existe em um determinado espaço e tempo e tanto os grupos sociais que as constituem como as suas instituições, leis e visões de mundo são impermanentes e estão em constante modificação;

- o objeto de estudo das ciências sociais possui *consciência histórica*: o pensamento e a consciência são um processo que tem como base o próprio

processo histórico. As visões de mundo dos grupos sociais e dos indivíduos, assim como as dos pesquisadores, são fruto e dialéticamente autores da organização particular da sua sociedade e de seu momento histórico;

- existe *identidade entre o sujeito e objeto da investigação nas Ciências Sociais*, sendo ambos seres humanos;

- as Ciências Sociais são *intrínseca e extrinsecamente ideológicas*, e reconhecida e assumida essa condição, utiliza-se o instrumental teórico e metodológico para uma aproximação mais cabal da realidade, e mantém-se a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto, como também do próprio pesquisador;

- o objeto das Ciências Sociais é *essencialmente qualitativo*. Para Minayo (1999), a rigor qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Para a autora,

isso implica considerar sujeito de estudo: *gente, em determinada condição social*, pertencente a determinado *grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados*. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação (MINAYO, 1999, p. 36)

3.2 Conceito de representações sociais

Segundo Minayo, as representações sociais fundamentam o trabalho de campo em uma pesquisa qualitativa. A autora as conceitua da seguinte maneira,

Representações Sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou conteúdo do pensamento. Nas ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a (MINAYO, 1995, p. 89).

Do ponto de vista sociológico, Durkheim foi o autor que primeiro trabalha explicitamente o conceito de *Representações Sociais*, as quais chamava de representações coletivas, referindo-se à categorias de pensamento através das quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade. (MINAYO, 1995, p. 90). Como a maioria dos teóricos anteriores à Segunda Guerra Mundial, o pensamento era regido pela natureza dicotômica entre cultura e sociedade, o que o levou a fazer uma distinção entre o estudo das representações individuais, que

seriam o domínio da Psicologia, e o estudo das representações coletivas, domínio da sociologia (FARR, 1995, p.35)

Na concepção de Durkheim a sociedade é que pensa, portanto as representações não são necessariamente conscientes do ponto de vista individual. Nas palavras do autor as representações sociais são símbolos e é preciso

saber atingir a realidade que eles figuram e que lhes dá sua verdadeira significação. Constituem objeto de estudo tanto quanto as estruturas e instituições: são todas elas maneiras de agir, pensar e agir, exteriores ao indivíduo e dotadas de um poder coercitivo em virtude do qual se lhes impõe (DURKHEIM, 1978, P.88 *apud* Minayo, 1995, p.91)

Segundo Minayo (1995) essa visão de objetividade extrema e positivista das representações sociais, por parte de Durkheim e de muitos seguidores de seu pensamento, tem sido duramente criticada por várias correntes no interior das ciências sociais. A autora afirma que

para os adeptos da Sociologia Compreensiva e da Abordagem Fenomenológica, o aspecto mais criticado da teoria se refere ao poder de coerção atribuído à sociedade sobre os indivíduos, de maneira quase absoluta. Para os marxistas, a visão durkheiminiana elimina o pluralismo fundamental da realidade social, em particular as lutas e os antagonismos de classe (MINAYO, 1995, p. 92).

Para Marx, as representações, as idéias e os pensamentos são o conteúdo da consciência, que por sua vez é determinada pela base material e comprometidas com as condições de classe:

As idéias daqueles aos quais faltam os meios de produção material estão submetidas às classes dominantes. As idéias dominantes nada mais são do que a expressão ideal das relações materiais dominantes, colocadas como idéias gerais, comuns e universais de todos os membros da sociedade (MARX; ENGELS, 1984, p.47)

Apesar de defender a anterioridade da vida material sobre as idéias ele vê esses dois elementos numa relação dialética, relativizando o determinismo mecânico da base material sobre a consciência: “as circunstâncias fazem os homens, mas os homens fazem as circunstâncias” (MARX; ENGELS, 1984, p.45).

Ainda na linha do marxismo, Gramsci percebe que o *senso comum como representação social* tem um potencial transformador e deve ser recuperado criticamente, uma vez que corresponde espontaneamente às condições reais de vida da população (GRAMSCI, 1981 *apud* MINAYO, 1995, p. 101). O autor valoriza e busca compreender qual é o papel do senso comum no trabalho pedagógico da construção da contra hegemonia. Segundo Minayo, Gramsci nos remete à uma

compreensão de representações sociais “como uma combinação específica de idéias que povoam o universo de determinada época e que contém elementos de tradição e de mudança” (MINAYO, 1995, p.102).

No campo da Psicologia Social, Serge Moscovici inaugura os trabalhos em Representações Sociais com a publicação de seu estudo *La Psychanalyse: Son image et son public* (MOSCOVICI, 1961 *apud* FARR, 1995, p.31). A Teoria das Representações Sociais desenvolvida por Moscovici se apoiou nos fundadores das ciências sociais na França, especialmente Durkheim, e é por isso considerada uma forma sociológica de Psicologia Social.

A teoria de Moscovici desde o início se constitui numa importante crítica sobre a natureza individualizante na maior parte das pesquisas em Psicologia Social na América do Norte, e buscou no pensamento de Durkheim o quanto um indivíduo é um produto da sociedade (FARR, 1995, p.41) Entretanto, Moscovici se opõe à distinção feita por Durkheim entre representações individuais e coletivas, buscando a síntese entre os dois níveis nos fenômenos estudados pela Psicologia Social. Em sua análise Moscovici enfatizou a especificidade dos fenômenos representacionais nas sociedades contemporâneas, que se caracterizam pela intensidade e fluidez das trocas e comunicações, pelo desenvolvimento da ciência e mobilidade social (JODELET, 2001).

Denise Jodelet, seguidora de Moscovici, define as representações sociais como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum à um conjunto social.” (JODELET, 2001).

A Teoria das Representações Sociais nasceu em meio às contradições dicotômicas entre indivíduo e sociedade que marcavam a teoria e o método em Psicologia Social, e propõe um lugar para o mundo social e seus imperativos, sem perder de vista a capacidade criativa e transformadora dos sujeitos sociais (JOVCHELOVITCH, 1995, p.64) Sandra Jovchelovitch afirma que a Teoria das Representações Sociais:

se articula tanto com a vida coletiva de uma sociedade, como com os processos de constituição simbólica, nos quais sujeitos sociais lutam para dar sentido ao mundo, entendê-lo e nele encontrar *seu* lugar, através de uma identidade social. Isso significa deixar claro como as representações sociais, enquanto fenômeno psicossocial, estão necessariamente radicadas no espaço público e nos processos através dos quais o ser humano desenvolve uma identidade, cria símbolos e se abre para a diversidade de um mundo de Outros. (JOVCHELOVITCH, 1995, p.65, grifo da autora)

3.3 Construção do objeto de pesquisa

O estudo das representações sociais de mulheres quilombolas sobre gestação, parto e puerpério e as práticas de cuidado de si e do bebê, relacionados ao ciclo gravídico puerperal foi pensado como um caminho para a compreensão das relações sociais que criam, alimentam, reproduzem e transformam o universo feminino da maternidade e do cuidado neste grupo social, a partir do ponto de vista dos atores sociais envolvidos nessas relações.

Uma vez que as *representações sociais* são “matéria prima para a análise sociológica do social e também para a ação político pedagógica de transformação, pois retratam e refratam a realidade segundo determinado segmento da sociedade” (MINAYO, 1998, p.174), esperamos chegar à conclusão deste trabalho com indicações que possam fundamentar avaliações e propostas para a mudança nos serviços de saúde prestados à estas mulheres.

Nos propusemos ainda a conhecer o universo das parteiras tradicionais quilombolas, buscando compreender as representações que estas mulheres singulares têm sobre o corpo feminino e os processos relacionados com a gestação, parto e puerpério.

3.3.1 Aspectos éticos da participação na pesquisa

Este estudo teve como participantes mulheres da Comunidade Quilombola Ausente, maiores de 18 anos, que se auto declararam quilombolas. Foram entrevistadas seis mães, sendo duas gestantes, duas lactantes, e duas mães com filhos maiores de cinco anos. Duas parteiras com histórico de atuação e capacidade reconhecida foram encontradas na comunidade, mas realizamos entrevista com apenas uma delas. A outra parteira, uma senhora já de idade avançada, declarou já não ter memória para ajudar na pesquisa.

A participação nessa pesquisa foi voluntária, e todas as participantes foram informadas acerca dos objetivos do estudo, assim como do sigilo das informações por elas prestadas, sem quaisquer menções à sua identidade.

O convite para as mulheres participarem da pesquisa foi feito em uma breve fala sobre os objetivos da pesquisa e argumentação acerca da importância de sua

participação para a busca por melhorias no que concerne ao atendimento às mulheres da comunidade em todas as fases de seu período reprodutivo nos hospitais de Serro e Diamantina. Aquelas que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 1), anteriormente à aplicação das entrevistas semi-estruturadas, inteirando-se da natureza da pesquisa e do destino das informações coletadas. Uma cópia desse termo ficou de posse da participante, para que a mesma pudesse entrar em contato com a pesquisadora e sanar possíveis dúvidas em relação à pesquisa.

A participação na pesquisa consistiu em responder a uma entrevista semi-estruturada, que é gravada para posterior transcrição e análise de conteúdo.

A proposta deste estudo foi submetida à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, e foi aprovada sob o número do CAAE: 38764414.6.0000.5138. O parecer da comissão encontra-se em anexo (Anexo 1).

3.4 Fase de trabalho de campo

Ao optar por uma metodologia qualitativa tivemos a preocupação de valorizar a fase de trabalho de campo como uma etapa essencial de nossa pesquisa, como o espaço que proporciona e favorece a desejável interação entre a pesquisadora e as participantes da pesquisa. Para Minayo,

A pesquisa social trabalha com *gente*, com atores sociais em relação, com grupos específicos. Esses sujeitos de investigação, primeiramente, são constituídos teoricamente enquanto componentes do *objeto de estudo*. No campo fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando um produto novo e confrontante tanto com a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos teóricos, num processo mais amplo de construção de conhecimento (MINAYO, 1999, p.124, grifos da autora)

Para se garantir maior universalidade ao conhecimento, tornando mais universal o saber sobre determinado grupo cultural, Minayo (1999) considera a comparação um recurso fundamental. A autora sugere que, do ponto de vista técnico, se trabalhe a vigilância interna na construção do conhecimento através da triangulação, que consiste na combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista. Para tanto buscamos utilizar em nossa pesquisa uma variedade de técnicas para a coleta de informações, representantes das duas categorias fundamentais

componentes do trabalho de campo, segundo Minayo (1999): a observação participante, como o momento que enfatiza as relações informais do pesquisador no campo, e as entrevistas, que fazem parte da relação mais formal de trabalho de campo em que intencionalmente um pesquisador recolhe informações através da fala dos atores sociais. Nesta pesquisa utilizamos duas diferentes formas de entrevista: entrevista semiestruturada e história de vida.

Foram quatro fases de campo, de cinco dias cada uma, mas pela intensidade das trocas e aprendizados, pareceram meses. Minhas crianças, uma menina de cinco anos e um bebê de um ano e meio, viveram comigo esta experiência. Fomos recebidos na casa da matriarca de um núcleo familiar extenso, casa sempre cheia de mulheres e crianças, fogão a lenha sempre aceso, preparando o alimento e o café que eram oferecidos para quem quer que chegasse. Com facilidade estabelecemos os contatos, e as entrevistas transcorreram como conversas entre mulheres, entre mães. Conversas animadas, barulhentas, sendo freqüentes os sons de risadas das mulheres e das brincadeiras das crianças ao redor das mães. As entrevistas eram entrecortadas por pausas para acolher os que choravam, para alimentar os maiores, para amamentar os menores.

Apesar dos universos diferentes que vivemos e que nos formaram, e do lugar de pesquisadora que me permitia demandar a entrevista, encontramos um lugar onde nos identificamos, um lugar onde nossa vivência como mulheres convergia, independente de cor, escolaridade, classe social. Esse lugar foi a maternidade, e foi falando de nossos corpos e nossas crias que nos conectamos.

Neste curto espaço de tempo fui aceita em suas casas, e as mulheres da comunidade compartilharam comigo sua vida, expuseram suas verdades. A rede é recente, mas foi tecida cuidadosamente e com material forte, de qualidade. O desejo de ambos os lados é continuar a tecitura, e quem sabe, juntas, ainda ver frutificar essa pequena semente que se lançou neste trabalho. Entendo que este foi só o começo de uma missão, que se desenhou para mim nas noites e dias passados na Comunidade Ausente.

3.4.1 As participantes da pesquisa

Sete mulheres participaram da pesquisa, e foram identificadas por letras

sendo “G” para grávidas, “L” para lactantes e “M” para mães com filhos maiores de cinco anos. Os números que seguem as letras correspondentes à ordem na qual se realizou as entrevistas.

- G1 - Mulher jovem, 20 anos, completando dois anos de casada. Vive com a família na casa dos pais enquanto o marido constrói uma casa para eles, no mesmo terreno. Filha mais nova de uma extensa família, foi rodeada de cuidados durante a gestação do primeiro filho e agora cria seu bebê junto aos avós, tios e primos. Valoriza os conhecimentos dos mais velhos, sendo importante para ela “cultivar as raízes”.
- G2 - Mulher de 35 anos, grávida do terceiro filho. Já experiente na maternidade, se mostra muito segura em suas opiniões. Quando precisa escolher entre os costumes da sua família relacionados à saúde, e as novidades da medicina, busca se informar e fazer escolhas conscientes. Trabalha fora com carteira assinada. Realizamos uma entrevista durante a gestação (32 semanas) e uma entrevista após o parto, por volta do primeiro mês de vida do bebê.
- L1 - Mãe de cinco crianças, amamentando um bebê que diz ser a “rapa do tacho”. Passa o dia realizando tarefas de manutenção da casa e da roça e cuidando das crianças. Vive com o marido e filhos em uma casa por eles construída no terreno da mãe. O marido trabalha na construção civil e ela recebe auxílio do programa Bolsa Família.
- L2 - Mãe de dois filhos, vive a maior parte do tempo apenas com os dois, na casa construída pelo marido no terreno da mãe. O marido visita a família a cada dois meses e nas férias, trabalha em Belo Horizonte com carteira assinada.
- M1 - Mãe de seis filhos, cheia de histórias para contar sobre cada um deles. Também sabe muitas histórias dos mais velhos, e conhece plantas e simpatias. Com os filhos já maiores, ajuda a criar as crianças pequenas da família.
- M2 - Mãe de duas crianças, engravidou ainda muito nova e sempre foi ajudada pela família, em especial pela mãe, no cuidado com as crianças. Muito segura de si, gosta de expor opinião mesmo sobre situações que não viveu. Dona de uma prosa muito bem articulada e de uma voz firme, é

procurada por outras mulheres que lhe pedem conselhos.

A parteira que nos contou sobre sua vida e conosco compartilhou seus conhecimentos será identificada pelo apelido de Onízia, a forma como suas filhas lhe chamam.

3.4.2 Entrevistas semiestruturadas

A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde as entrevistadas têm a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem resposta ou condições pré fixadas pela pesquisadora (MINAYO, 1999). Para orientar as entrevistas foram elaborados roteiros contendo os temas geradores a partir dos quais as entrevistadas desenvolvem seu ponto de vista. Segundo Minayo (1999), “o roteiro é o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”.

Os itens que constam no roteiro foram definidos segundo os critérios expostos por Minayo (1999), de forma que:

(a) cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; (b) permita ampliar e aprofundar a comunicação, e não cerceá-la; (c) contribuam para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõe o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

Para a elaboração do roteiro para entrevistas com parteiras tomamos como referência os trabalhos de Aires (2006) e Santos (2010), que realizaram entrevistas com parteiras tradicionais do Vale do Jequitinhonha e do entorno de Brasília, e se dedicaram a registrar as práticas e técnicas que compõe seus saberes.

Para a elaboração do roteiro que nos guiou nas entrevistas com as mães, nos inspiramos no trabalho de Emily Martin, *A Mulher no Corpo* (2006), realizado nos Estados Unidos, e considerado um marco pioneiro nos estudos de gênero e antropologia ao combinar análises sofisticadas e crítica social.

Entendemos que o roteiro de entrevistas é apenas um guia e que não é possível prever todas as situações e condições do trabalho de campo, mas acreditamos que colheitas mais férteis de informações são realizadas quando seguimos a sugestão de Jodelet (2001) e iniciamos a entrevista com perguntas de

caráter mais concreto, factuais e relacionados às experiências cotidianas das entrevistadas, para gradativamente passar a perguntas que envolvam reflexões mais abstratas e julgamentos. As entrevistas não tinham tempo para terminar, e quando precisávamos interromper por algum motivo, era comum continuarmos a conversa no dia seguinte, ou na outra visita à comunidade.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para permitir sua análise. Os roteiros de entrevista encontram-se em anexo, um para as entrevistas com parteiras (Apêndice 2), outro para entrevistas com mães (Apêndice 3).

3.4.3 Histórias de Vida

Ao combinar observação, relatos introspectivos de lembranças e relevâncias, e roteiros mais ou menos centrados em algum tema, a história de vida pode ser definida como uma entrevista prolongada, na qual o pesquisador constantemente interage com o informante.

Denzin (1973, p.257 *apud* MINAYO, 1999, p.127) afirma que a história de vida pode ser “o melhor método para se estudar processos de socialização, emergência de um grupo, estrutura organizacional, nascimento e declínio de uma relação social e respostas situacionais a contingências cotidianas”. Para Minayo (1999) a história de vida,

verbalizada pelos participantes, constitui uma tentativa de revelar o ambiente intangível dos acontecimentos que fazem parte de um determinado grupo social. Visa descobrir o *ponto de vista e as motivações* dos participantes voluntários e involuntários na História, portanto protagonistas dos fatos sociais, mas *geralmente descartados na visão oficial dos setores dominantes* (MINAYO, 1999, p.129, grifo nosso).

Ao optar por esta técnica e estimular a livre narrativa de parteiras através de suas histórias de vida, valorizamos e registramos a voz de mulheres que há muito vem sendo silenciadas, por serem mulheres, por serem negras e descendentes de quilombolas, por serem depositárias de um saber ancestral desprezado por uma ciência positivista e androcêntrica. Tanto a construção do objeto de estudo desta pesquisa quanto a escolha dos métodos a serem utilizados se opõe à *objetividade e neutralidade* características da ciência positivista, o que nos direciona para a construção de um conhecimento situado e crítico, “resgatando o papel da emoção e da experiência feminina na produção do conhecimento científico” (NARVAZ;

KOLLER, 2006, p. 651).

Para fins de consistência de dados e compreensão da realidade, as situações recolhidas através da história de vida das parceiras entrevistadas foram complementadas pelas perspectivas de outros atores sociais que se relacionam com os fatos focalizados, num exercício de confrontação interna das informações conseguidas através de múltiplas abordagens.

3.4.4 Observação Participante

A observação participante é considerada por Minayo (1999) como essencial no trabalho de campo da pesquisa qualitativa. A autora cita a definição formulada por Schwartz e Schwartz (1955):

Definimos observação participante como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (SCHWARTZ; SCHWARTZ, 1955, p.355 *apud* MINAYO, 1999, p.135)

A reflexão sobre a estratégia de observação participante como forma complementar de captação da realidade empírica teve início no seio da antropologia. O texto escrito em 1922 por Malinowski lançou as bases metodológicas para o trabalho de campo da antropologia, que ainda hoje continuam atuais. Para Malinowski uma ciência que se faz longe de onde a vida acontece não pode compreendê-la, pois apreende apenas um nível de realidade. Para o autor,

Há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados através de perguntas, ou em documentos quantitativos, mas devem ser observados em sua realidade. Denominemo-los os "imponderáveis da vida real". Entre eles se incluem coisas como a rotina de um dia de trabalho, os detalhes do cuidado com o corpo, da maneira de comer e preparar as refeições, o tom das conversas e da vida social ao redor das casas da aldeia, a existência de grandes amizades e hostilidades e de simpatias e antipatias passageiras entre as pessoas; a maneira sutil mas inquestionável em que as vaidades e ambições pessoais se refletem no comportamento dos indivíduos e nas reações emocionais dos que os rodeiam"(MALINOWSKI, 1975, p.55 *apud* MINAYO, 1999, p. 137)

Segundo Spink (1995) a observação, quando estimulada pela teoria e reforçada por métodos analíticos e sutis, tem papel proeminente no estudo das

representações sociais, permitindo que capturemos a gênese e estrutura das representações *in situ*.

Os dados coletados através da técnica de observação participante foram registrados em um diário de campo, utilizado de forma sistemática, desde o primeiro momento da ida à campo até a fase final da investigação. Desse caderno constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais, ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimônias, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa. “Fala, comportamentos, hábitos, usos, costumes, celebrações e instituições compõe o quadro das representações sociais” (MINAYO, 1999, p.100).

O controle da objetividade dos dados colhidos através da observação participante se dá por meio de revisões críticas do trabalho de campo, explicitação dos procedimentos adotados e dos diferentes papéis representados pelos sujeitos da pesquisa e pela pesquisadora, conforme proposto por Cicourel (1969 *apud* MINAYO, 1999, p. 147). O autor recomenda ainda que para avançar no conhecimento, através da observação participante, o pesquisador formule o mais claramente possível o que busca conhecer. Nesta pesquisa o foco das observações são as relações de cuidado que permeiam o cotidiano das famílias e das mulheres participantes, especialmente as relações que, de forma dialética, se originam e têm influência sobre o universo feminino no período gravídico puerperal.

O registro visual por meio de fotografias foi realizado pela pesquisadora como um recurso adicional durante a observação participante para documentar situações que ilustrem o cotidiano vivenciado, respeitando a privacidade e protegendo a identidade das participantes.

3.5 Fase de análise

A análise e interpretação das informações foi realizada segundo o método hermenêutico-dialético, proposto por Minayo (2002). Para a autora,

diferentemente da “Análise de Conteúdo” e da “Análise de Discurso” que se colocam como uma tecnologia de interpretação de textos, a Hermenêutica-Dialética se apresenta como um “caminho de pensamento”, como uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia. (MINAYO, 1999, p. 218)

A abordagem Hermenêutica-Dialética não se resume à uma técnica de tratamento de dados, e é juntamente por sua capacidade de realizar uma reflexão fundamental ao mesmo tempo que não se separa da práxis, que Minayo (1999, p. 219) acredita que é um caminho que “deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação”.

O debate filosófico entre Habermas e Gadamer sobre a hermenêutica e a dialética acabou por beneficiar as discussões sobre método nas Ciências Sociais, na medida que estes autores buscam formas de conseguir objetividade e de abordar a práxis. O conceito de hermenêutica elaborado por Gadamer e clarificado no seu diálogo com Habermas (HABERMAS, 1987) a define como “a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos”

Para Minayo,

enquanto a hermenêutica penetra no seu tempo e através da compreensão procura atingir o sentido do texto, a crítica dialética se dirige contra seu tempo. Ela enfatiza a diferença, o contraste o dissenso e a ruptura de sentido. A hermenêutica destaca a mediação, o acordo e a unidade de sentido. (...) A união da hermenêutica com dialética leva com que o intérprete busque entender *o texto, a fala, o depoimento* como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico (MINAYO, 1999, p. 227, grifo da autora)

No caminho que se percorre para chegar a compreensão dos significados, a interpretação está relacionada a dois níveis: o primeiro é o contexto sócio histórico do grupo social que constitui o marco teórico fundamental para a análise; o segundo é o encontro com os fatos empíricos, quando se faz necessário tomar como concreto as representações sociais tais como manifestadas pelos atores sociais, empiricamente. Para a análise e interpretação do material recolhido em campo seguimos os passos sugeridos por Minayo (1999):

Ordenação dos dados e organização de um mapa horizontal das descobertas no campo, através da transcrição das entrevistas, releitura do material, organização dos relatos e dos dados de observação em determinada ordem.

Classificação dos dados através da leitura repetida e exaustiva do texto para identificar as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco. Inicia-se então o processo de estabelecer categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas:

a partir dos dados colhidos e acumulados o investigador se volta para os fundamentos da teoria para uma reflexão sobre os conceitos iniciais, para colocação em dúvida das idéias evidentes. Assim ele constrói uma nova aproximação do objeto: o pensamento antigo que é negado mas não excluído, encontra outros limites e se ilumina na elaboração presente. O novo contém o antigo, incluindo-o numa nova perspectiva. (MINAYO, 1999, p.234)

Os dados foram organizados em conjuntos ou corpos de informações diferenciadas, que fornecem informações e representações específicas. Recorta-se cada entrevista ou documento em termos de “unidades de registro” a serem referenciadas por tópicos ou por temas.

Análise final: em todo o momento nas etapas anteriores o material concreto é referenciado pelo material empírico, para no final evidenciar a especificidade das concepções e representações reveladas, e ao mesmo tempo a sua participação nas concepções dominantes. Chega-se a uma expressão da visão de mundo de um segmento social em relação ao pensamento da sociedade dominante, sendo essa visão de mundo profundamente significada por sua época histórica e pertinência a uma classe ou cultura.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Mulher quilombola e natureza no Alto Vale do Jequitinhonha

As comunidades quilombolas do Alto Vale do Jequitinhonha, rurais em sua essência, apresentam características peculiares em relação à execução das tarefas do cotidiano. Ao analisar a participação feminina na agricultura familiar no Alto Jequitinhonha, Galizoni e Ribeiro (2013) não encontraram a clássica divisão e oposição entre o trabalho masculino e feminino no que diz respeito ao trabalho na lavoura, sendo que inclusive atividades consideradas em outras regiões de Minas Gerais como estritamente masculinas, como roçar o mato e fazer cerca, eram realizadas por mulheres nessa região. As ausências temporárias dos homens nas comunidades, para dedicar-se ao garimpo ou vender sua força de trabalho no corte de cana em São Paulo ou na colheita de café no sul de Minas, favoreceu a atuação das mulheres em áreas de preponderância masculinas. As mulheres casadas e com

filhos praticamente não migravam e assumiam a responsabilidade no cuidado da lavoura, das criações e na manutenção da família.

O modo de vida das mulheres nestas comunidades está intimamente relacionado ao trabalho na terra e à observação dos ciclos naturais. As atividades se organizam para responder à sazonal falta e abundância de água que marca duas estações bem definidas: *seca*, o período de estiagem, e *águas*, a época das chuvas:

Cada uma dessas épocas está vinculada a atividades produtivas muito específicas, *grosso modo*: lavoura nas *águas* e beneficiamento da produção na *seca*. Nas *águas* a lavoura é voltada para as culturas anuais: milho, feijão, mandioca, cana e andu. Quando termina o tratamento desses plantios – entre os meses de março e abril -, as famílias passam a investir mais na produção de horta e no beneficiamento de produtos da indústria doméstica rural, como rapadura, farinhas de milho e de mandioca (GALIZONI; RIBEIRO, 2013, p.40)

A rotina de trabalho das mulheres quilombolas do Alto Jequitinhonha é uma sucessão de atividades na casa e na roça, desenvolvidas ao mesmo tempo que se cuida das crianças pequenas. O cultivo da terra, a criação dos animais, a manutenção da casa, o cuidado com as crianças. Trabalho que não se vê o resultado, trabalho que nem sempre é considerado trabalho. Na saída para buscar água ou roupa no rio as mulheres se reúnem em volta do fogão a lenha, o café adoçado é compartilhado, crianças brincam em volta delas. A conversa revela uma notável habilidade de fazer graça com as dificuldades do dia a dia, dar leveza ao peso dos galões de água e da bacia de roupa molhada.

A *seca* segue firme e a *água* da nascente pára de correr. É mais uma lição de humildade que a gente do cerrado vive. A dura jornada de buscar água passa a fazer parte do cotidiano das mulheres. É necessário “se pegar com Deus”, e nessa vida de fé esperar. Esperar a chuva que um dia chega, a nascente que volta a brotar água do chão, a cura que restabelece a saúde, a criança que em seu momento vem à luz. Saber o tempo de plantar, o tempo de colher, o momento de falar e o momento de silenciar. E mesmo quando silenciadas manter forte a intenção de seguir, conforme o fazem as plantas do Cerrado, retorcendo o tronco, aprofundando as raízes. É quando a *seca* chega no auge, e a terra transformada em poeira tudo cobre, que as plantas do cerrado elevam para o céu suas flores miúdas, ricamente desenhadas e coloridas, só avistadas por quem tem olhos para ver.

A primeira chuva transforma a paisagem, lava a folhagem, colore de vermelho as estradas de terra e trilhas. Os seres do cerrado são mestres em transformar o pouco em muito. Um dia após a chuva as plantas se cobrem de folhas

novas, tenras e brilhantes. As sementes despertam no esforço de produzir plântulas saudáveis durante a fartura de águas. As gentes do cerrado respiram o ar da chuva e agradecem. O ciclo recomeça, a época do plantio das culturas anuais se inicia. De um dia para o outro surgem novas demandas e os afazeres se alteram, a resiliência dos povos do cerrado é posta em prova e fortalecida.

As mulheres da agricultura familiar do Alto Jequitinhonha são mulheres fortes, trazem em seus corpos a marca do trabalho com a terra. Os pés descalços sobre a terra num vai e vem sem fim, “a mulher não pode parar”. A terra é companheira, cobre os corpos das crianças, cobre o chão das casas. É na terra que se cultiva o alimento e de onde se colhe as folhas e raízes para os chás curadores. Na terra estão as plantas que protegem a casa e seus moradores, as plantas que alimentam as gentes e a lenha que alimenta o fogo. A terra se transforma em barro e o barro sobe as paredes de pau a pique, cobre os fornos, dá cor às casas. É sobre a terra que se caminha durante a vida, os pés rachados imitando a aridez do chão no tempo da seca e os caminhos que a água lhe imprime no tempo das águas. É sob a terra que o corpo finalmente descansa.

A vida na terra é vivida em ciclos. Os ciclos de plantio e colheita. Os ciclos de seca e águas. Os dias e as noites. Gestações e nascimentos. Ciclos menstruais. As fases da lua regem as águas das chuvas, as águas nas plantas, as águas internas das mulheres. E no trabalho com o corpo ela percebe suas próprias variações de disposição e humor. O corpo da mulher se faz escutar e o “ser mulher” é atravessado pelas vicissitudes de um corpo feminino, a mulher no corpo vive a menstruação, a gravidez, o parto, a amamentação, a menopausa. A vivência de cada mulher e suas representações são fruto de seu contexto sócio cultural, étnico e religioso, mas o pano de fundo de cada experiência é o corpo, um corpo de ciclos e de metamorfoses, um corpo capaz de gerar e nutrir outro corpo, um corpo fonte de prazer e de dor. E é nesse corpo que se desenvolve a sabedoria da mulher, os saberes femininos relacionados ao cuidado do próprio corpo e ao cuidado do outro.

Os laços familiares colaboram no estabelecimento de redes de apoio nas comunidades tradicionais. Filhos e filhas que nunca viveram fora da comunidade, ou que retornaram após temporadas de trabalho nos centros urbanos, costumam construir suas casas no terreno dos pais. Trazem para seu núcleo familiar cônjuges e as crianças da união, mais braços para trabalhar a terra, mais bocas para serem alimentadas. A rede de apoio se incumbe de cuidar das crianças, permitindo que

pais e mães realizem seu trabalho. Mulheres recém paridas são auxiliadas pela mãe, filhas mais velhas, irmãs, sogra ou cunhadas, tanto nas atividades de manutenção da casa quanto no cuidado de si e do bebê recém-nascido. A mulher cercada de pessoas e auxílio em suas atividades se contrapõe à imagem da mulher solitária com o bebê nos braços dentro de um apartamento, à espera do homem que retorna do trabalho, tão comum nos grandes centros urbanos e na família nuclear da era industrial. As redes de apoio não são perfeitas e de todo harmônicas, assim como não o são os seres humanos que as compõe, mas a própria vivência de relações de colaboração e confiança enriquece a experiência humana e é promotora de saúde no campo psíquico e emocional.

A cultura de confiar na natureza e no próprio corpo propicia às mulheres a oportunidade de se entender como conhecedoras nos assuntos relacionados à própria saúde, e impor sua vontade mesmo quando fazem uso dos serviços institucionalizados. Ao relatar o descrédito com que profissionais da saúde a escutavam durante seu trabalho de parto, a mulher afirmou: “Eles não acreditam na gente. A gente que sabe do corpo da gente, né”. A mesma mulher foi capaz de se negar a receber infusão de ocitocina sintética durante seu parto, e ao escutar das enfermeiras que desta forma seu parto levaria mais tempo, respondeu: “Ah, deixa deus resolver isso”.

A postura ativa e consciente em relação à maternidade permite que a mulher avalie o estado de saúde de seus filhos e decida a hora de levar as crianças ao médico, como nota-se na fala de uma mãe quilombola:

Nem quando ele era recém nascido, que eu ainda estava na cidade eu levava no médico. Tem que levar até um ano, enquanto é novinho. Eu não levo não. Não tá sentindo nada mesmo. Come bem, toma banho, dorme bem. Eu não levo em médico não. Eu levava, os mais velhos eu levava. *Mas depois a gente aprende a ser mãe de família e sabe o que o menino está sentindo* (L1, grifo nosso).

Estar confiante também lhes dá a força necessária para questionar recomendações de profissionais de saúde que parecem ir de encontro àquilo que sentem ser o melhor para si e para o bebê. Como no caso que observamos de mulheres de uma comunidade rural que mesmo frente às recomendação da médica para que deixassem os bebês dormindo no berço e evitassem a amamentação noturna escolhiam trazer o bebê para dormir consigo em suas camas, e realizar a amamentação em livre demanda mesmo durante à noite. A própria experiência com seus filhos tem peso maior que a recomendação da profissional de saúde e, ao

comentar a posição da médica a este respeito, uma mãe declarou: “como ela pode falar que faz mal? Ela nem tem filhos!”. O relato de uma mãe que passou oito dias com o filho recém nascido em uma incubadora ilustra bem a decisão de agir por conta própria, independente das instruções das profissionais de saúde:

Meu menino ficou muito tempo na incubadora. O menino gritava, gritava demais e não era toda hora que tinha enfermeira pra ajudar a tirar pra dar a ele mamá. Ela vinha na hora do banho e marcava mais ou menos a hora que o menino ia dar fome pra ajudar a gente a tirar. Eu enfiava a mão por aqui, no buraco de cá, que é dois buraco, né? Pegava a cabecinha por um dos buracos e colocava ele mamar pelo outro buraco. Aí ele mamava pelo buraco. Até que dava na cabeça delas de ajudar a tirar o menino pra mamar, ele já estava dormindo: já mamou. Não perco tempo, não! Ficar tirando leite no copo e virando na boca de menino? Não, isso não existe! Ele mesmo tira o leite dele e ele mesmo bebe. Ficar esperando chegar a hora deles aparecerem pra eu dar mamá? Dava mamá pelo buraco. A enfermeira ficava abismada comigo. Não é pra ficar abismada não, eu não vou esperar vocês terem tempo pra me cuidar. *Tem hora que a gente tem procurar cuidar de si mesma* (L1, grifo nosso).

Apesar de muitas vezes saírem das consultas com receitas de antitérmicos e analgésicos, as mães quilombolas utilizam amplamente remédios caseiros no tratamento das pequenas enfermidades. Os chamados “chás de horta” e banhos são alternativas via de regra preferidas em relação aos medicamentos alopáticos, ou utilizados como um complemento à estes. A farmácia de casa é viva, de fácil acesso e não tem custo, pois está nos quintais. A cuidadora das crianças é ainda a própria cultivadora e produtora do medicamento.

Elementos da natureza figuram no cotidiano das mulheres como motivo ou explicação para alterações de humor e saúde das criança, e as benzedeadas são freqüentemente procuradas. Crianças são benzidas para “vento virado”, excesso de sol ou sereno, “mau olhado”. Ao benzer as curandeiras recorrem ao poder de plantas específicas, como a arruda e a guiné, conhecidas por sua capacidade de neutralizar as energias negativas.

As práticas de saúde realizadas por benzedeadas, raizeiras e parteiras das comunidades tradicionais do Alto Jequitinhonha são fundamentadas em um corpo de conhecimento empírico de eficácia comprovada, resultado do somatório de experimentação e observação de diferentes gerações, sistematizado e transmitido oralmente de mulher para mulher. É um conhecimento que carrega em si a experiência e a sabedoria da ancestralidade, e é conhecimento vivo que continuamente se constrói e é transformado na prática atual das mulheres curandeiras contemporâneas. É conhecimento forjado no ambiente no qual a

comunidade vive, profundamente marcado pelas relações dos seres humanos entre si e com a fauna e flora local, o clima, a disponibilidade de água, de lenha e madeira e de outros elementos naturais que permitem a vida naquele ambiente e determinam a qualidade da mesma.

As relações entre as pessoas são regidas pelo sagrado, na “benção” que se pede e se recebe ao encontrar os mais velhos, nas “graças a deus”, manifestadas em voz alta com respeito e obrigação, no “deus lhe pague” em troca da cura realizada, no “vá com deus” que ameniza as despedidas e deixa o caminho aberto para o retorno. As rezas nas práticas de cura assumem a influência do sagrado, e respeitam a incapacidade humana de explicar aquilo que não compreende. Assim também o cotidiano é regido pelo respeito aos elementos naturais e sobrenaturais, e uma série de “simpatias” garantem a manutenção do equilíbrio da casa e do ambiente, das relações entre as pessoas e da saúde dos indivíduos.

A maternidade e a capacidade de curar estão intimamente relacionadas ao conhecimento das plantas e do modo de usá-las para melhor aproveitar suas faculdades medicinais. Ao cuidar de si e do bebê toma-se conhecimento de quais plantas ajudam na limpeza do útero após o parto, das plantas cicatrizantes a serem usadas nos banhos de assento, as plantas que ajudam a secar o umbigo, os chás que aliviam as cólicas. A relação com insetos e artrópodes também é estreitada na maternidade, pois é nos corpos dos filhos que se reconhece a “época dos bichos”, tempo de vistoria e retirada de carrapatos, bichos-de-pé e bernes.

A relação da mulher com a lua é acentuada durante a maternidade, as fases da lua têm influência sobre o início do trabalho de parto e sobre a duração e intensidade do mesmo. Em comunidades quilombolas no Alto Jequitinhonha o bebê é apresentado à lua, após ser guardado no sétimo dia. Neste ritual a mãe e a madrinha pedem à lua que reconheça a criança como sua filha e auxilie na criação da mesma, ao apresentar-lhe a criança e todas as suas peças de roupa enquanto recitam: “Lua, luar, olhai vosso filho, ajudai a criar”. Não apresentar o bebê à lua ou realizar a apresentação de forma incompleta, com alguma peça de roupa faltando, tem como resultado um longo período de cólicas para o bebê.

A geração de mulheres que hoje ultrapassou os sessenta anos ainda exerce suas atividades de cura, mas dificilmente encontra jovens interessadas em aprender. As mães pouco aprenderam com as avós, e as netas estão tão fechadas para o

conhecimento das mães e avós que correm o risco de deixarem a comunidade para buscar trabalho sem ter aprendido nem mesmo a cultivar mandioca ou milho.

Ao terem acesso à escolas e à educação formal, institucionalizada, a juventude é impregnada do discurso da racionalidade científica moderna, para a qual o método científico e a razão são as únicas formas de produção de conhecimento. Considerando os sentimentos, os sentidos, as paixões e a fé são como fontes impuras para a produção do conhecimento o discurso cartesiano acaba por desconsiderar os saberes das ancestrais, desvaloriza o conhecimento empírico que mães e avós detém. A escola perde a oportunidade de promover uma ecologia de saberes e o acesso à educação formal torna-se um empecilho para a transmissão dos saberes e cultura das comunidades tradicionais.

A idéia de escola como único lugar capaz de oferecer conhecimento precisa ser revista. Uma diversidade de atividades realizadas por mestres nos mais variados saberes se encontra no seio de uma comunidade, e devem ser aproveitada pelos educadores na formação integral dos seres humanos. Valorizar estes saberes e compreender a formação que ocorre nestes espaços de aprendizagem permitem que a juventude mantenha o interesse no desenvolvimento de habilidades práticas relacionadas à riqueza da própria cultura, aos saberes ancestrais de seus familiares e à relação de cooperação com a natureza.

4.2 Práticas de saúde e autocuidado das mulheres quilombolas.

4.2.1 O autocuidado na gestação e no puerpério

Para as mulheres quilombolas a gravidez está longe de ser considerada uma doença, e elas se esforçam por dar continuidade aos seus afazeres até o final da gestação. Quando comentam as dores nas costas que sentem, ou os enjôos que tiveram, não é com o intuito de valorizar seu sofrimento, ou queixar-se de falta de bem estar. Enjôos, azia, dores nas costas, corpo inchado, são entendidos como parte do processo de gerar uma criança e assumidos como parte da maternidade. Era com certa surpresa que recebiam minhas indagações sobre cuidados especiais que realizavam na gestação, e afirmavam com tranqüilidade que não modificavam suas rotinas alimentares ou de trabalho:

Eu fazia os pré-natal direitinho, só isso mesmo, fazia os pré natal e pronto. Minha alimentação era a mesma, não mudava nada não. Trabalhava normal, mesma coisa, só quando tava mais pro final não pegava muito peso. Mas nos meus menino tudo eu trabalhava na roça, capinava, plantava, tudo normal, a mesma coisa. (M1)

Os mais velhos falam que falam que quanto mais movimentar, melhor. Claro que tudo com jeito, não pode ficar pegando muito peso, trabalhando demais, mas se ficar só parada também, na hora do parto, pra eles é muito pior, porque da experiência que eles já tem, quanto mais movimentar, o parto é muito mais tranquilo. Agora se ficar muito parada, o tempo todo, na hora tem muita dificuldade. Tanto é que eu trabalhei até agora, até no final. (G1)

Ao ser perguntada se buscava lenha e água durante a gestação, a resposta de L1 demonstra resignação com a condição de sua vida, que exige manutenção em atividades diárias nas quais o próprio corpo é a principal força de trabalho, ainda que gerando outra vida:

Buscava água, uai, tem que buscar! Peguei peso, funcionava direto. Quando não era água, a gente buscava telha lá em baixo pra ajudar. Puxava telha na corcunda, muito pesado. Tinha que ajudar, fazer o que? (L1)

Ela conta sem culpa ou arrependimento que precisou levar seu menino à Belo Horizonte para operar uma hérnia, um problema de nascença que teria acontecido devido o trabalho pesado que realizou durante a gestação. Segundo ela, “a gente pegava peso, né, feixe de lenha, aí o menino que saiu prejudicado”. No mesmo núcleo familiar de L1 escutamos outro relato de uma menina que morreu logo após o nascimento, porque a mãe carregara muitos feixes de lenha durante a gestação.

Nenhuma mulher mencionou alguma forma de preparar o seio para a amamentação, e não parece ser um costume esse tipo de preparação. Foram relatados por duas mulheres problemas de pega incorreta e fissuras no mamilo, mas ambas não utilizaram nenhum tipo de medicamento para curar as fissuras

Quando ganhei o meu primeiro ficou todo trincadinho o bico do seio. Doía demais quando ele mamava, nos primeiros dias que fui dar a ele mamar. E sarou sozinho, não passei remédio nem nada, sarou sozinho. Aí o bico do peito ficou todo trincadinho, só aqui no direito. Mas só de dar a ele mamar, sem passar nada, melhorou sozinho... Ele não sabia puxar o peito, ele custou pra pegar o peito. E eu também não tinha costume de dar mamá à menino nem nada (L2)

Os cuidados que a mãe toma no pós-parto são centrados no repouso, que somente é possível pela proximidade com a família. Ao mesmo tempo que precisa

repousar para se recuperar, os afazeres da casa e o cuidado com as outras crianças não podem esperar. Todas as mulheres entrevistadas relatam que foram auxiliadas neste período pela mãe ou por outras mulheres da família, e que esse auxílio foi facilitado pelo fato de viverem próximas umas das outras. Esta necessidade de ser ajudada e a importância da mãe foi especialmente enfatizada por mulheres que sofreram cesarianas no nascimento de suas crianças,

Nossa, minha mãe me ajuda demais! Não fosse ela, nem sei o que tinha sido de mim. Nossa, nos primeiros dias nem podia carregar ele direito. Nossa senhora! se não fosse mãe! E também não tinha coragem de dar banho até cair o umbigo. (G1)

Ai de mim se não for minha mãe, minha mãe me ajuda demais. Ela dá banho neles enquanto são novinhos, faz as coisas pra mim, mãe que cuida de tudo. Fiquei morando na casa da minha mãe quatro anos. Ganhei esses menino aqui tudo eu tava morando é lá. Minha mãe me ajudou foi demais. (L2)

Minha filha mais velha me ajuda, minha prima, minha sogra. Nesses dias sempre aparece alguém pra ajudar. Não precisa nem pedir, sempre aparece alguém quando eu preciso de ajuda. Elas se ofereciam pra estar ajudando. (G2)

O uso da garrafada, uma mistura de ervas em álcool, é comum entre as quilombolas, e usado para “limpar por dentro”. Feita por mulheres mais velhas, a sua composição dificilmente é revelada, mas não parece haver apenas uma fórmula, sendo muito particular a escolha das ervas e a forma de preparar a garrafada. Seu uso está associado com outro costume, um banho de significado especial que a mãe toma trinta dias após o parto,

Quando dá trinta dias do parto a mãe toma banho normal, lava a cabeça e tudo, depois esquenta um pouquinho de garrafada e toma. Aí toma, não precisa tomar direto, mas de vez em quando toma. A garrafada faz com um tanto de tipo de raiz, essas raiz que quem conhece sabe fazer, faz pra limpar por dentro, né? (M1)

As pessoas mais antigas que fazem, né (a garrafada). Eu vou pedir à avó do meu marido pra fazer pra mim. Só que eles também não costumam revelar do que eles fazem. Só sei que fica bem forte. Eu já provei (risos), eu tinha curiosidade, eu via mãe tomando. (G1)

O uso da garrafada não é uma unanimidade, e tivemos um relato no qual a mulher diz não usar nenhum remédio no pós parto: “Não tomei nada não no resguardo, passou com o tempo” (L2). Por levar álcool em sua composição, a garrafada também não é utilizada por algumas mulheres que evitam o consumo desta substância. Mantêm-se, porém, o uso das plantas indicadas para a limpeza no resguardo, reinventando e adaptando a tradição:

Garrafada não tomo não. Nada de álcool eu não bebo mais, Já bebi demais. Eu também bebia esse trem de garrafada, mas não mexo com isso mais. Prefiro arrancar, que nem na horta a gente sempre tem a salsinha. Pega a raiz dela, corta em cruz e põe na água. Não é no álcool ou na cachaça. Na água é muito mais fácil. É pra limpar tudo. (L1)

Os pontos no períneo, devido lacerações que ocorrem na passagem do bebê ou pela realização de episiotomia, são lavados e medicados através dos “banhos” preparados com plantas conhecidas por seus princípios antissépticos e cicatrizantes, como os banhos de folha de goiaba, tansagem e picão,

...quando corta faz banho de tansagem com picão e um pingüinho de álcool. Bom demais da conta. Eu chegava em casa e fazia esse banho, com três banhos que eu fazia já tava quase bom/ (M1)

4.2.2 Os cuidados com o recém-nascido

Quando perguntadas sobre os cuidados que têm com os bebês recém nascidos, invariavelmente respondiam sobre a forma como tratavam o umbigo da criança. A entrevistada M1 relata como fazia para cuidar do umbigo dos bebês e afirma que nunca teve nenhum problema de infecção. Aos seus cuidados ficaram filhos e netos, e geralmente o coto umbilical seca e cai por volta do sétimo dia:

O umbigo a gente tratava com azeite, e fumo e terra de parede. A gente raspava assim a parede e tirava a terra fora, raspava aquele pó de dentro e colocava, colocava fumo, colocava azeite e enrolava a faixa. (M1)

Durante a gestação G1 expressou o desejo de fazer tudo como a sua família fazia “antigamente” e quando perguntada se sabia algo sobre os cuidados com o bebê recém nascido, respondeu com alegria: “eu vou fazer tudo igual meus avós, minha mãe”, consciente de que o faria contrariando as recomendações dos agentes de saúde, principalmente em relação à limpeza do umbigo,

Hoje em dia eles (profissionais de saúde) não gostam que usa nada, né. Só o álcool absoluto, mas só que as pessoas mais velhas da minha família tem costume de cuidar com azeite de mamona, e pó de fumo. Mistura os dois, coloca a faixinha, diz que no sétimo dia cai, já tá soltando. Agora hoje em dia tem menino que fica até meses pra cair, porque não pode usar nada. E eles sempre usaram em todo mundo, ninguém nunca teve nada por causa disso! Por que eles ficam falando que dá infecção, dá não sei o que, mas minha família toda, eu, meus irmãos, meus sobrinhos, foi assim. O azeite e o pó de fumo. (G1)

Apesar de ser filha de uma parteira reconhecida na comunidade, ainda viva quando sua primeira filha nasceu, G2 optou por seguir as recomendações dos

profissionais de saúde para realizar o cuidado do umbigo. Ela relata a vontade de aprender e realizar o cuidado por conta própria, mas a opção por usar álcool absoluto não a impede de afirmar a eficácia da técnica de sua mãe:

Eu mesma cuidei dos umbigo de todas as duas, a minha mãe queria cuidar pra mim, a da primeira. Mas é que eu tinha curiosidade pra aprender. Eu quero aprender, pra ver como é que é. Eu mesma fiz. Minha mãe usava era fumo, era pó de goiaba, pó de beirada de parede antiga, essas coisas. Eu já usei o álcool absoluto. Só que demora mais pra cair, né? Não é igual ao que elas (as mais velhas) usavam. O que elas usavam com sete dias já tinha caído, né? E o álcool já não. (G2)

O coto umbilical, ou “umbigo”, como a ele as mãe se referem, costuma ser guardado como um talismã, ou ser objeto de “simpatias” para trazer sorte para a criança,

o povo antigo fala assim: que se enterrar na porta do galinheiro, a criança tem sorte com galinha, se enterrar na porta do chiqueiro a criança tem sorte com porco, se enterrar na porteira do curral tem sorte com criação. Assim o povo mais velho falava. E assim que a gente fazia, enterrava na porta de alguma coisa. (M1)

No sétimo dia realizam o resguardo da criança, que neste dia permanece dentro do quarto e não recebe visitas, sendo acompanhada pela mãe. Todas as entrevistadas declararam guardar a criança no sétimo dia, e G2 fez referência ao “mal de sete dias”, afirmando que as mais velhas “falavam que tinha o mal do sétimo dia, mas nunca deram aquela explicação detalhada do mal do sétimo dia, a gente não entendia o que elas queriam dizer”. Rabinovich e colaboradoras (2009) descrevem o resguardo da mãe e da criança no sétimo dia em comunidades quilombolas do litoral norte baiano, realizado para proteger de “mau-olhado”, e relacionam o “mal de sete dias” ao tétano umbilical. Ainda esperando o bebê, G1 descreve entusiasmada como acontece o resguardo:

Ninguém pode ver a criança, só a mãe. Só a mãe e o pai. E mesmo assim se o pai sair pra rua ele já não pode mais ver a criança, quando ele voltar. Tipo assim, no sexto dia a gente dá banho na criança quase à noite, e tem umas ervas que coloca, enfumaça as roupinhas, veste a roupinha do avesso, e no sétimo dia não toma banho. Aí só no oitavo dia que vai tomar banho de novo. Aí já pode ver a criança. Porque eles (os mais velhos) têm a superstição com o mal do sétimo dia, tipo assim, se alguém tem má intenção pode pegar uma doença na criança. (G1)

Mãe de dois meninos, L2 relata como fez para “guardar” os filhos, com a ajuda de sua mãe:

Guardo o sétimo dia, guardei de todos os dois. Esse mais novo quando ele nasceu eu tive que ficar seis dias com ele lá no hospital, porque ele nasceu com icterícia. Aí no dia que ele tava fazendo sete dias, eu tive que vir correndo pra guardar ele. No dia que ele teve alta! Aí cheguei em casa e

minha mãe guardou ele. Põe o menino no quarto e só a mãe pode ver o menino, outras pessoas não podem ver. Aí vai queimando umas folhas dentro do quarto a noite inteira. Queima umas folhas de alecrim, guiné, tem que ficar queimando essas folhas durante a noite toda. Mãe que ficou queimando as folhas pra mim, toda hora que acabava de queimar punha outras. No outro dia, na base do meio dia, já tira o neném do guardado e vai dar o banhozinho e já pode sair do quarto. O cordãozinho deles caiu com oito dias. (G1)

Na entrevista realizada durante a gestação, G2 afirma que guardou as duas primeiras filhas para não desagradar as mais velhas: “antigamente tinha que guardar, se não elas brigavam, as mães da gente, as sogras, ficavam muito chateada se a gente não guardasse, então a gente cumpria o gosto delas”. Ao ser perguntada se guardaria o terceiro filho, agora que a mãe e a sogra faleceram, G2 respondeu não estar certa, mas acreditava que faria da mesma forma. Ao ser entrevistada no pós-parto relatou que não guardara o menino,

Ah, não guardei não! Ele teve que fazer o teste de orelhinha, daí não teve jeito. Já tava marcado. É o teste pra ver se eles escuta bem, se tem problema na audição. Aí o dia que marcou era no sétimo dia. (G2)

O ritual de “mostrar à lua” completa o resguardo da criança, “tem que mostrar à lua, pra lua ajudar a olhar, ajudar a cuidar a criança” (L1). Nesta apresentação se pede à lua que ajude a cuidar da criança, e o bebê durante o ato é segurado por uma outra pessoa que não a mãe, pessoa essa que neste momento também se compromete com o cuidado da criança, tornando-se sua madrinha,

Apresenta pra lua também. Uma pessoa tem que mostrar eles à lua, a não ser a mãe. A mãe não pode não. Outras pessoas, tia, avó, tudo pode mostrar. Esse aqui quem mostrou à lua foi minha mãe, a vovó, madrinha dele. Esse daqui quem mostrou à lua foi minha irmã, tia dele. Cada um foi um. Tem que mostrar à lua. Eu mostrei minha irmã à lua, batizei ela. Mostra a lua e fala: Lua, luar, toma esse neném, me ajuda a criar. (L2)

As mães relatam desconforto do bebê relacionado à cólicas, e relatam que utilizam chás de horta, sendo o mais citado o chá de funcho. Massagem na barriga e com o movimento de pernas também foi citado pelas mães, assim como colocar o bebê na posição de bruços no colo, ou deitado sobre o corpo da mãe. Segundo G1, “a melhor forma é fazer massagem e colocar no colo, sempre no calor do corpo da gente”(G1). Não houve menção ao uso de remédios de farmácia para alívio das cólicas.

Os chás e rezas tem um lugar de importância nas práticas de cuidado realizadas pelas mães quilombolas. Enfermidades leves como gripes são tratadas em casa, com o auxílio dos “chás de horta”, chás de ervas medicinais amplamente

conhecidos pelas mães. As entrevistadas declaram que só levam ao médico quando as crianças estão doentes e afirmam que enfermidades leves podem ser curadas em casa. A benzeção tem também um papel importante no restabelecimento do bem estar das crianças, e é comum levá-las para benzer. Benze-se para “vento-virado”, quando o menino está caindo demais, para “mau-olho”, quando chora demais ou está amuado, para “excesso de sol ou sereno” quando está constipado ou com coriza.

Não tivemos relato do desmame acontecer de forma espontânea, sendo esta uma decisão particular da mãe, imposta à criança quando chegada a hora. Para realizar o desmame, L1 declara “passar um trem amargando na maminha, aí o bebê vai enfadando do amargoso até que larga”. (L1). A mesma mãe faz uso de um colar feito com pedaços de caule de mamona, para secar o leite: “na medida que o leite da mamona seca, o leite do peito seca também” (L1). Para realizar o desmame, duas mães relataram oferecer leite e biscoitos no lugar do peito, sendo uma prática comum também deixar o bebê com outra pessoa da família por alguns dias,

Eu levei o menino lá pra casa da minha irmã, levei ele pra morar quase um mês com ela, pra desmamar. Pequeninho, nove meses. Comprei um tanto de pacote de biscoito e umas caixas de leite e levei. Fica com esse menino aí o quanto você quiser! (L1)

Eu ficava com dó, mas eu falei que vou desmamar você, então vou desmamar. Aí quando deu de noite ele ficava chorando e me pedindo mamar, uns três, quatro dias... até uma semana depois que resolvi desmamar. Eu pegava um biscoito, pegava um leite dava pra ele, ele virava pro canto e dormia. E acordava só de manhã cedo! Aí passou uma semana, quando deu uns dez dias que eu tinha desmamado ele, ele chegava perto de mim, batia no meu peito e falava: acabou, acabou! Agora não pede mais, agora acostumou. (L2)

Todas as entrevistadas relatam que os bebês dormem na cama com elas, sendo comum também as crianças maiores de dois anos dormirem no quarto da mãe,

Pra segunda eu comprei um berço, na primeira não tinha condições de comprar não. Depois que eu comprei berço, ela ficava um tempo no berço, um tempo na cama. Mas só até chamar. Hoje ela tem cinco anos, gosta de dormir no meio de nós. Vem e dorme pertinho do pai dela. (G2)

Só um dia que eu pus ele no berço, mas mesmo assim ficou um pouquinho só. A primeira vez que ele acordou, peguei. Ah, é ruim demais! (G1)

O menino maior dorme no berço e o menor dorme comigo na cama. Quando o marido vem dorme todo mundo junto no quarto. Assim pequeninho dorme junto comigo. Tem gente que logo que nasce já coloca em quarto separado, eu já não consigo. É ruim demais, sô! (L2)

As entrevistadas afirmam que ao dormir com o bebê sentem-se mais seguras em relação ao seu bem estar. Além disso estar com o bebê ao lado evita que se levantem várias vezes durante a noite permitindo um sono de maior qualidade, além de facilitar a amamentação noturna. Elas relatam que o bebê praticamente não chora durante a noite ao dormir com a mãe, e que por vezes nem lembram de ter acordado para amamentar, ou quantas vezes o fizeram ao longo da noite. Apesar da pediatra que acompanha as crianças da comunidade ser declaradamente contrária à esta prática, seus conselhos durante os controles não são levados em consideração. A própria experiência com seus filhos tem peso maior que a recomendação da profissional de saúde para G2, que, ao comentar a posição da médica a este respeito, declarou: “como ela pode falar que faz mal? Ela nem tem filhos!” (G2).

A prática de dormir na mesma cama com os bebês é hoje estimulada no movimento pela maternidade ativa, sendo chamado de “cama compartilhada”. Alguns autores, como Gonzales (2013), pediatra e defensor da chamada puericultura ética, incentiva as mães a compartilhar a cama com seus bebês, elencando inúmeras vantagens para ambos.

4.3 Maternidade e saúde no universo da mulher quilombola

4.3.1 Representações sobre gestação e parto

Praticamente todas as entrevistadas declararam que gostam de estar grávidas, sendo esta uma fase prazerosa, que lhes permite tornar-se consciente do estado de saúde do bebê através do seu próprio corpo grávido:

Eu gosto. Principalmente cada mês que passa a gente vai sentindo a diferença, né? Principalmente quando a criança começa a mexer, a gente põe a mão na barriga sente a criancinha mexer, nossa senhora! Sente ela mexendo, né? Nossa senhora, é bom demais! É muito bom que a gente vê que ela tá com saúde. Eu gosto muito quando eu tou grávida, eu adoro ficar grávida! (L2)

É bom. A gente tá sentindo, ver crescendo assim, é muito bom. Tirando as preocupações é bom demais, nó! Imagina quando nascer (risos). A gente vê a barriga crescendo, essa coisa toda, é muito bom (G1)

Para outras mulheres, os valores morais ou religiosos podem impedir que se entregue com prazer à gestação, conforme demonstra L1 em duas passagens de sua entrevista: “a gente procurou, né? agora tem que esperar até o dia que deus mandar sair”, “a mãe procurou, é obrigada a aguentar”. Esse peso moral que a maternidade tem para esta mulher também podem ser percebidos em outras passagens de sua entrevista, quando se refere ao sofrimento como parte do processo de parturição, e a resignação com a qual ele aceita as condições de abandono à que foi submetida no atendimento hospitalar.

As mulheres quilombolas demonstram clara preferência por parto normal em relação à cesárea, enfatizando a facilidade de recuperação que o parto normal proporciona. Costumam referir-se à cesárea como uma cirurgia, e declaram temor do processo operatório e da recuperação que o mesmo exige. A via de nascimento natural é para elas o parto normal, enquanto a cesariana é entendida como uma cirurgia que se faz necessária quando o parto não pode acontecer.

“Ah, eu queria era parto normal, chorei muito quando ela falou que tinha que ser cesárea. Eu tinha medo de operação, eu tinha um medo danado de operação. Aí quando ela falou pra mim que ia me operar eu chorei demais porque eu queria o parto normal. Parto normal diz que recupera mais rápido e tudo, né? Aí eu chorei demais quando ela falou que ia ser cesárea.”(L2)

“O parto normal é melhor do que cesariana, né. A recuperação, porque o parto normal é assim, rapidinho. A cesariana tem que ficar aquela recuperação toda, ponto, anestesia. Eu não concordo muito com cesariana assim, sem ser precisão. Só em último caso”(G1, entrevista pré-parto gestação)

“ah, eu morria de medo de cesárea! Morria de medo de cesárea e o meu mais novo eu pensava que ia ter que fazer cesárea, porque romperam a bolsa e eu passei a noite inteira sem sentir dor (sem contrações).” (M1)

O medo da cesárea e da recuperação que esta prescinde é um dos principais motivos que leva as mulheres entrevistadas a terem preferência pelo parto normal, sendo esse também um dos motivos mais freqüentes encontrados por Dias e colaboradores em sua pesquisa (DIAS *et al*, 2008). Poucas referências foram feitas às vantagens fisiológicas e emocionais que o parto normal traz para a mãe e para a criança, o que talvez não esteja sendo informado às gestantes durante o pré-natal.

O desconhecimento dos benefícios de um parto normal é condizente com a “cultura cesarista” que impera em nosso país, refletida e propagada nos meios de comunicação de massa, aos quais estas mulheres tem acesso. Ainda assim a

cesárea como via de nascimento preferencial ainda não foi internalizada pelas mulheres quilombolas, sendo esta preferência mais comum entre mulheres de nível socioeconômico elevado, de cor branca, com maior escolaridade e que realizam mais consultas de pré-natal (LEAL *et al*, 2005, FREITAS *et al*, 2005).

Também não se fez qualquer referência aos procedimentos que caracterizariam um parto natural, como a livre deambulação durante o trabalho de parto e a escolha de posição para o expulsivo, clampeamento tardio do cordão umbilical, ou uso de meios não farmacológicos para o alívio da dor, muito disseminadas entre ativistas do Movimento pela Humanização do Parto e que vêm aos poucos sendo incorporadas nas diretrizes governamentais. Em conversas informais durante a fase de campo, onde trocávamos informações, era comum expressões de assombro por parte das participantes quando conversávamos sobre parto na água ou clampeamento tardio do cordão. Também lhes causa espanto a escolha por um parto domiciliar, considerado por elas como perigoso e ultrapassado.

A atuação das parteiras tradicionais também é vista pelas mulheres quilombolas como algo do passado, e está intimamente relacionado em seu imaginário aos riscos de um parto domiciliar sem a possibilidade de assistência médica em caso de emergência. Perguntada sobre o porquê de não ter parido com a assistência de sua mãe parteira, G2 respondeu que na época de sua gravidez “já existiam os médicos”, ou seja, já não era mais o tempo das parteiras. Declarou também que sentia “medo e vergonha” de ter o filho em casa com sua mãe parteira, medo por ser o primeiro filho e não saber se precisaria de cesárea. A vergonha viria do sentimento de inadequação, uma vez que segundo ela, “o melhor era ter no lugar certo, no hospital, porque os tempos já estavam mudando, já existiam os médicos” (G2). Esta gestante também declarou não querer “dar trabalho” e incomodar a mãe parteira, e essa vontade de não incomodar também foi percebida na fala de G1, que apesar de declarar sentir-se melhor acompanhada e mais apoiada pela parteira tradicional em seu primeiro parto, nos partos seguintes preferiu se dirigir ao hospital, porque “os médicos e enfermeiras estão lá pra isso mesmo” (L1).

Duas mulheres entrevistadas foram submetidas à cesarianas. A gestante G1, na entrevista que realizamos na 36ª semana de gestação afirmou enfaticamente: “cesariana jamais, só em último caso”. A gestação se estendeu até a 42ª semana, sendo que nas últimas três semanas a gestante sentia contrações leves e intensificou a ida ao posto de saúde para a realização de exames de toque com o

objetivo de verificar dilatação do colo do útero. Na 41^o semana realizou uma ultrassonografia, na qual foi constatado que o bebê estava bem e que ela poderia “esperar mais uma semana”. A gestante relata o que aconteceu quando completou quarenta e duas semanas,

Aí eu fui pro hospital e o médico falou que já não podia mais tomar o soro pra poder induzir, porque já estava com quarenta e duas semanas. Mas deixou eu lá um dia esperando, pra ver se começava a dilatar. Se começasse a dilatar poderia até colocar o soro pra ajudar, mas não teve nada. Não adiantava (indução), porque nem o colo do útero não abriu. Aquela pele que tinha que soltar não soltou. Eu sentia só umas contrações assim, mas sem dor. A barriga embolava, eu sentia forçando pra baixo, mas não passava disso.

Já a segunda mulher, L2, teve seus dois filhos por meio de cesarianas, sendo que na primeira gestação foi diagnosticada a pré-eclâmpsia,

Eu tenho problema de pressão alta, e na primeira gravidez a pressão ficou muito alta, começou a ficar alta foi no oitavo mês. Ficou 17:12 e não controlava de jeito nenhum, eu tomei remédio, fiquei dois dias internada em observação lá no hospital e a pressão não controlava de jeito nenhum. Aí a médica falou: vai ter que fazer cesárea, porque a pressão não queria controlar. Aí teve que tirar o neném antes dele completar os nove meses. Faltava três semanas pra ele nascer, se fosse normal. Aí teve que tirar antes (L2).

Na segunda gestação L2 conta que não apresentou pressão alta e foi informada pela médica sobre a possibilidade de tentar um parto normal. Ao mesmo tempo a médica também lhe informou que poderia optar pela cesárea, uma vez que já havia sido submetida anteriormente à cirurgia. A entrevistada acabou escolhendo pela cesárea na segunda gestação, sendo o motivo de sua preferência o fato de já ter passado pelo procedimento. O medo da cesárea já não influenciava sua escolha, pois já conhecia o procedimento. A opção pelo parto normal somente aconteceria se a gestante, além de informada da possibilidade de ter um parto normal, fosse também encorajada para tal, e tivesse informações e o apoio necessários para enfrentar os desafios que esta escolha lhe traria. Devido às duas cesáreas anteriores, L2 planeja ter apenas mais um filho, pois segundo ela “cesárea não pode passar de três não. Aí agora se eu quiser, é só mais um”, reafirmando o pensamento de que “uma vez cesárea, sempre cesárea”.

O parto na sala de pré-parto, parto e pós-parto (PPP) associa-se à redução de intervenções médicas e maior taxa de satisfação materna (PORTO *et al*, 2010). As mulheres descrevem a transferência da sala de pré-parto para a sala de parto como algo muito incômodo,

Esse trem de leva e trás, leva e trás toda a hora! Chega lá você não tá na hora, te volta de novo. E desce você da cadeira, e sobe naquela cadeira, e desce de novo pra você caminhar e ir até a cama. Se já estivesse na hora já ia pra ficar de uma vez, né? Mas como não tá, sobe naquela cadeira, desce daquela cadeira, pra poder deitar na cama de novo e esperar (L1)

A representação em torno da dor do parto é muito particular e varia de mulher para mulher, também havendo diferenças entre partos de uma mesma mulher em relação à dor. Para M2, a dor que sentiu no parto foi uma surpresa:

Por causa de dor eu posso ter até 50 meninos! Senti dor claro, o menino nasceu com quase 4 quilos. Eu tinha 17 anos e pesava 49 kg quando ele nasceu. E foi parto normal. Eu senti dor, claro. Mas não foi uma dor assim, igual minha amiga que disse que viu até a avó falecida perto da maca, de tanta dor! Talvez foi isso que ajudou pra mim, porque eu pensava que era tanta dor, tanta dor, por causa do que todo mundo falava que era dor, dor, dor, que a dor que eu sentia era muita, mas em comparação com o que eu tava esperando foi pouco. (M2)

Mesmo tendo vivido um parto domiciliar com parteira e quatro partos hospitalares em diferentes contextos, L1 resume assim sua experiência em relação à dor do parto: “a dor do parto é triste. Pode ser o terceiro, o quarto, o primeiro. O primeiro é ainda pior. Segundo, terceiro, quarto, até o décimo, todos são triste. Isso não é alegria”.(L1)

Quando perguntada sobre procedimentos ou comportamentos desagradáveis por parte dos profissionais de saúde, L2 nos falou sobre a médica do pré natal, e uma enfermeira que a auxiliou no pós-parto:

...ela (médica do pré-natal) falou comigo pra eu ir pro hospital. Mas eu não tava sentindo nada! Eu sabia que a pressão tava alta, porque media ela, mas não tava sentindo nem uma dor de cabeça nem nada. Daí ela: você vai pro hospital porque sua pressão não tá boa. E ela queria que eu fosse no mesmo dia. Ah não, eu não quero ir hoje não, eu vou amanhã. Vai hoje! Não vou hoje não, vou amanhã. Aí ela falou assim pra mim: você vai perder esse neném. Eu chorei quando ela falou isso, eu fiquei triste porque o neném tava quase nos dias de nascer, só faltava três semanas. Aí no outro dia eu fui, mas fui no outro dia! Eu fiquei teimando, por isso que ela falou assim comigo. (L2)

...ela (enfermeira) tava forçando eu pra dar mama ao bebe, sendo que o bebê não pegava o peito de jeito nenhum. Ele custou pra pegar o peito, e eu também não tinha costume de dar mama a menino nem nada. Aí ela ficava estressando comigo, ficava falando que eu ia ficar mais dias lá no hospital, que eu não tava dando mamá ao neném. Mas eu não tinha experiência de dar mama, nem sabia como é que dava mama nem nada. Ela não xingava não, só ficava falando que eu ia ter que ficar lá mais tempo porque não tava dando mamá ao menino. (L2)

Em ambos os casos as profissionais estavam bem intencionadas e prestavam um serviço importante no sentido de auxiliar a mulher, mas ambas

utilizaram a coerção como estratégia de convencimento, atribuindo culpa à mulher e responsabilizando-a por eventuais prejuízos ao bebê. Esta atitude das profissionais de saúde é ainda um resquício da forma como se dava o mecanismo de controle exercido pelos higienistas, no processo de educação sanitária que se deu no Brasil no século XIX, desenvolvida mediante ações autoritárias e verticais, que levavam as mães a obedecerem a prescrições, sem conhecerem o saber que as fundamentava (ALMEIDA, 1999). Atualmente a busca por uma assistência humanizada é a tônica dos programas de governo e do SUS, enfatizando a importância de oferecer informações às mães, e incentivando os profissionais de saúde a desenvolver uma atitude acolhedora e livre julgamentos morais (BRASIL, 2004).

Para prestar uma assistência humanizada, os profissionais de saúde precisam desenvolver a escuta e valorizar o conhecimento que a mulher tem sobre seu próprio corpo e o que ela está sentindo, seja este sentimento corporal ou emocional. A desconfiança no saber que a mulher têm sobre o próprio corpo e sobre o processo que está vivendo ainda é uma constante na assistência ao parto, e foi relatada pelas entrevistadas

A gente fala que tá na hora, e eles falam que não tá na hora. Eles não acreditam na gente. A gente que sabe do corpo da gente, né? Eu mesma falava pra uma enfermeira que já tava na hora, ela discordou que não tava na hora. Quando ela virou as costas o bebê já tava nascendo. Nossa senhora, eles discordam da gente o tempo todo! Você fala que já tá na hora, não, ainda não tá na hora. Tá na hora! Não, ainda falta um tantinho. Ah, então deixa o menino sair aqui na cama mesmo. (L2)

O mais novo nasceu na cama, porque a médica passou a noite e rompeu a bolsa, falou que ia passar amanhã de manhã. Passou de manhã eu não tava sentindo dor ainda, teve que ligar soro em mim pra eu sentir dor. Aí ela passou e falou assim, eu vou fazer um parto ali em cima, dez horas eu passo aqui pra fazer seu parto. E ligou o soro em mim era 7 horas. Deu 8 horas eu comecei a sentir dor, apertei a campainha. A enfermeira veio e falou: não é agora não, a médica falou que 10 horas vem fazer o seu parto. Eu falei: ahhhh, tá bom (irônica). Daí a pouquinho veio outra dor. Aí eu fui no banheiro. Quando eu cheguei no banheiro eu percebi que era o menino que tava nascendo e não fui no vaso não. Abaixei no chão e apertei a campainha (M1).

Parteiras tradicionais são por vezes referidas de forma romântica e estereotipada, mas são humanas e assim como podem ter desenvolvido a capacidade de cuidar e acolher, não estão livres de realizar julgamentos que influem em sua conduta ao acompanhar as mulheres. No parto domiciliar de sua primeira filha, L1 foi acompanhada por uma parteira tradicional da comunidade, já falecida, e guarda a memória do parto como desagradável, especialmente pelo julgamento que

a parteira lhe fez e que foi obrigada a escutar, em uma situação de extrema fragilidade:

A dona que minha mãe mandou chamar pra ajudar, que era parteira, virou e falou pra mim, eu sentindo pra caramba: “agora enche a casa pra sua mãe cuidar”. E eu sentindo mesmo! Agora você enche a casa pra sua mãe cuida, viu? E eu tava mais morta do que viva, tava mais pra lá do que pra cá, tava com a morte escrita em cima da testa! Ela tinha que ter ficado na casa dela. Depois quando eu passava por ela ficava lembrando o que ela me falou. A gente não esquece não. Quando a gente tá com dez anos pra cima lembra tudo o que falam pra gente, o que maltrata. Agora coisa que não maltrata a gente nem lembra o que a pessoa falou. Mas quando te maltrata você lembra. É sempre assim. (L1)

Sobre os partos hospitalares, L1 relata com indignação o descaso do médico que lhe acompanhava, que saiu para assistir o carnaval na rua e “quando o médico ressuscitou a chegar as enfermeiras já tinham colocado o menino lá na incubadora” (L1). A mesma mulher se refere ao hospital como “açougue” e afirma que ao ser internada no hospital a pessoa vai “com a morte escrita na testa”, pois ao entrar ninguém sabe se vai sair. Essa representação de hospital como o lugar onde se vai para morrer é ainda similar à imagem dos hospitais no século XVII, descrita por Foucault (2015), que parece ainda permanecer no imaginário da população mais carente, submetida historicamente a falta de assistência ou precariedade nos serviços públicos. No parto do quarto filho, L1 relata o fato de ter chegado ao hospital em trabalho de parto e ser transferida à outro município, porque não havia médico ali para assisti-la,

Que hospital é esse que não tem médico? Hospital dos pobres, mesmo, pra não ter um médico no dia que você precisa dele! Me mandou lá pro Guanhães, um lugar que eu nunca tinha ido e nem pensava que ia alguma vez na vida. Lá pra aquele fim de mundo. (L1)

Durante a entrevista realizada com M2 constatamos que em seus partos ela foi privada de alimentos, foi submetida a exames de toque freqüentes, enema (lavagem intestinal), aminiotomia precoce (rompimento das membranas), episiotomia (corte cirúrgico no períneo), e infusão de ocitocina artificial, além de não ter liberdade para mover-se ou escolher a posição mais confortável para o expulsivo. O uso de ocitocina artificial para acelerar o trabalho de parto se fez no seguinte contexto:

...a médica me deu uma injeção pra aumentar a dor porque ela queria ir embora. Ela falou que já tinha feito muitos partos. Depois que ela me deu essa injeção eu senti mais dor, daí nasceu mais rápido. Ela falou, dá uma injeção pra ela aí, que eu já quero ir embora. Foi o último parto que ela fez

aquele dia, ela já tinha feito não sei quantos partos. Daí nasceu rapidinho e ela foi. (M2)

Apesar de tudo, quando questionada a respeito de procedimentos ou ações que poderia interpretar como violência obstétrica, ela respondeu:

Na época dos meus partos não tinha essa coisa assim de ficar falando. Mas eu hoje analisando e lembrando, eu nunca tive nada assim que possa me fazer pensar que foi um abuso. Todos os dois eu tive pique, mas acho que realmente precisava. Eu não senti nada como um abuso. (M2)

Algumas destas intervenções, como a amniotomia e a infusão de ocitocina, compõe o chamado “manejo ativo do trabalho de parto”, realizado com o intuito de encurtar o trabalho de parto (PORTO *et al*, 2010). No Brasil o uso de ocitocina no manejo do parto é freqüentemente utilizada, e na Maternidade do Serro, onde a gestante foi admitida, realiza-se a aplicação de soro com ocitocina de maneira rotineira em gestantes que dão entrada no hospital ainda no primeiro estágio de parto (observação pessoal). A OMS não recomenda infusão rotineira de ocitocina em parturientes saudáveis, sendo que nesses casos o uso de ocitocina é desnecessário e pode ser prejudicial (OMS, 1997; PORTO *et al*, 2010).

Este depoimento nos faz refletir a respeito de como a falta de informações acaba por encobrir a violência à qual a mulher é submetida, sendo um mecanismo de defesa considerar tudo o que passou como necessário para alcançar o prêmio de ter o filho nos braços, e interpretar os procedimentos invasivos como parte do processo. Considerando que as mulheres podem não estar cientes da violência a que são expostas, concordamos com a opinião de Ana Cristina Duarte (comunicação pessoal, 2014) quando afirma que o resultado da pesquisa da Perseu Abramo (2011), na qual uma mulher em cada quatro sofre violência obstétrica no Brasil, está subestimado.

O uso rotineiro de enema é considerado pela OMS como uma prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada, e Porto e colaboradores (2010) afirmam que é uma intervenção que traz desconforto à parturiente e aumenta os custos da assistência ao parto. Em uma conversa que presenciamos entre três mulheres quilombolas, percebemos que o fato de defecar durante o período expulsivo pode ser considerado por elas uma grande vergonha. Esse fato nos fez compreender que, ao serem informadas e questionadas sobre a realização do procedimento, algumas mulheres irão escolher conscientemente a realização do enema, e o procedimento, que para algumas mulheres é desconfortável e até

humilhante, para outras é a garantia de que não irão se expor de maneira vergonhosa. Por outro lado, se durante o pré-natal a mulher for informada sobre a fisiologia do parto, pode passar a aceitar melhor todos os aspetos envolvidos no parir, e questões como estas podem deixar de ter importância e impedir que se entregue com confiança no momento do parto.

A principal reclamação das mulheres em relação ao parto hospitalar é o abandono ao qual são entregues durante o trabalho de parto, que pode se estender por horas. Das mulheres participantes apenas G2 declarou ter tido acompanhante, e apenas no nascimento de seu terceiro filho. Para todas as outras a sensação de solidão e desamparo fazem parte da experiência do parto. Quando perguntada se alguém a havia ajudado durante o trabalho de parto, L1 respondeu:

Não. No hospital não tem isso não, minha filha, no hospital você sofre demais. No hospital não tem ajuda de ninguém, só deus mesmo, se quiser. Se a pessoa tiver fé nele é só deus. É deus no céu e nós aqui na terra sofrendo. No hospital não tem nada disso. A mulher que se vire. (L1)

Em seu terceiro parto G2 chegou ao hospital com sua tia e conseguiu que ela fosse admitida como acompanhante na maternidade. Somente foi ao hospital quando já estava em trabalho de parto avançado, e com isso se poupou de passar muitas horas no ambiente hospitalar. Além disso estava suficientemente informada para recusar a injeção de ocitocina que já havia experimentado anteriormente e que a havia feito passar muita dor. Na entrevista realizada após seu parto, G2 se mostrou satisfeita por ter conseguido impor sua vontade e não ter se sentido impotente em seu parto,

No primeiro parto tomei muito, muito soro. Fiquei no soro assim o dia inteiro. Dessa vez não quis ficar de soro o dia inteiro no meu braço não. Como era o primeiro a gente não sabe como é, o que os médicos falavam a gente aceitava. Aí na segunda eu já cheguei lá nascendo, não tomei soro também. E desse também, a mesma coisa. Eu internei antes, *mas eu não quis soro. Eu falei que não queria e eles concordaram.* Eles falaram: aí fica a seu critério, se você quiser soro é mais rápido. Agora se você não quiser soro é mais lento. Ah, deixa deus resolver isso. (G2)

As mulheres se mostraram um pouco confusas em relação ao direito ao acompanhante, e muitas se referiram a este acompanhante como uma pessoa que permanece com elas no quarto, após o parto. A idéia de alguém de sua confiança lhe acompanhar durante o trabalho de parto no hospital não lhes parece possível, ou aceitável, já sendo internalizada nestas mulheres a idéia da parturiente solitária.

Somente G1 expressou a vontade de ser acompanhada pelo marido em seu parto, sendo esta mulher a mais jovem e com o maior nível de escolaridade entre as entrevistadas. Todas as outras quando estimuladas a imaginar-se acompanhadas durante o trabalho de parto, declaram preferir a companhia da mãe ou outra mulher da família, chegando mesmo a repudiar a presença do marido: “o marido é melhor que fique na portaria mesmo” (L1).

Enraizadas que são em sua cultura, dificilmente estas mulheres aceitam com facilidade “novidades”, e técnicas não farmacológicas de alívio da dor, como massagens e a imersão em água acabam sendo vistas como improváveis. Como relata L1: “as enfermeiras me levavam pra cama e volta, levava e voltava. Mas eu nunca esperei ninguém me levar debaixo do chuveiro, não. Eu tomei banho antes de sair, vai me levar pro chuveiro agora pra que?”

4.3.2 Representações sobre puerpério e amamentação

A representação das mulheres quilombolas sobre o puerpério é de um período de repouso e recuperação da mãe, e cumprir o resguardo determina a qualidade da saúde que esta mulher terá após passado este período. Para realizar o repouso a mulher recém parida precisa ser ajudada por outras mulheres, geralmente sua mãe ou outra parente. A ajuda prestada por outras mulheres na organização da casa ou no cuidado com as outras crianças permite que ela se dedique integralmente ao bebê recém nascido, indicando a representação do bebê como dependente da proximidade e cuidados centrados na figura materna.

A queda do coto umbilical, por volta do sétimo dia, marca o final de uma etapa, a primeira da vida da criança, e está relacionada à rituais que irão determinar a saúde do bebê. O cuidado com o umbigo da criança está tão impregnado de significado que muitas mães declararam não serem capazes de realizar os curativos ou mesmo banhar o bebê enquanto o coto umbilical permanece, sendo aqui reservado um lugar de importância para a avó:

Foi mãe quem cuidou, porque eu não tinha coragem. Eu ficava com medo de puxar aquele cordãozinho, aí minha mãe que cuidou. Todos os dois, não tive coragem. Até pra dar o banhozinho, enquanto o cordão não caiu eu não tive coragem não. Ela que cuidou tudo pra mim. (L2)

Mãe cuidou igual ela fazia, igual antigamente! E ficou lindo, olha (mostra o umbigo). Eu não tinha coragem não. E agora eles põe um trem grandão assim, ó. Pesado. Eu não tinha coragem nem de olhar. Eles cortam e colocam um trem esquisito, parece um prendedor. Trem horrível. E quando colocava a roupa ficava marcando, a pele dele. Ficava machucando. Eu não tinha coragem de mexer, nossa senhora! (G1, entrevista no pós-parto)

Além do acontecimento que é a queda do coto umbilical e o destino que se dá à ele, a primeira etapa da vida da criança também é marcada pela apresentação que se faz à lua, e pelo resguardo no sétimo dia. Todos estes rituais tem profunda influência sobre a saúde e a sorte da criança nas representações das mães quilombolas, e as mulheres se referiram a estes acontecimentos com respeito e animação. Somente uma das mulheres declarou não ter guardado o terceiro filho, e justificou-se impossibilitada de cumprir o ritual por motivos maiores, neste caso um exame marcado pelo pediatra que veio a cair exatamente no sétimo dia de vida do bebê.

A representação da influência direta da lua sobre a saúde da criança e a possibilidade de pedir-lhe ajuda em sua criação indica a relação estreita que as mulheres mantêm com a natureza, reforçada também na relação com as plantas especialmente indicadas para o restabelecimento da saúde da mulher.

Os ritos dos primeiros dias de vida do bebê guardam uma relação com o incognoscível, e influenciam claramente a saúde e o bem estar das crianças. Esta concepção da influência de energias imateriais não é contemplada pela racionalidade científica e não encontra respostas nos remédios e técnicas da medicina hegemônica. No caso de doenças que têm sua origem em outros planos que não o físico, os médicos pouco têm a fazer e as benzedeadas e raizeiras são procuradas para o restabelecimento da saúde, e desta forma as práticas de cura tradicionais se mantêm e se renovam no seio da comunidade.

O estabelecimento da amamentação é com frequência um período onde aparecem algumas dificuldades, especialmente quando é a primeira criança. No tempo que se passa entre o nascimento e a apojadura - o momento da decida do leite - um grande número de dúvidas e ansiedades passam pela cabeça da mulher, algumas vezes criando tensões que dificultam a produção de leite ou o estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê. Na entrevista realizada após o parto, G1 relata que no início seu bebê teve alguma dificuldade para mamar, relacionada à uma suposta falta de leite. Não se considerou a importância do consumo do colostro,

nos dias que antecederam a descida do leite, e parece que a mãe não estava preparada para esperar alguns dias pela descida do leite:

Mamar (logo que nasceu) ele não mamou. Ele puxava, mas o leite não vinha. Não vem logo. E com cesariana demora mais. Ficou três dias sem poder mamar direito. Aí foi começando aos pouquinhos, fui comendo as coisas, tomando uns chás que o povo falava. Chá pra descer o leite é chá de alface. E comer serralha, canjica,, almeirão também. (G1, entrevista no pós-parto)

A duração da amamentação variou bastante entre mulheres e mesmo entre diferentes crianças da mesma mulher, mas sempre foi superior a seis meses. As mulheres sabem da importância da amamentação e do leite materno, mas também demonstram praticar a amamentação prolongada pelo prazer do contato com a criança. As duas lactantes entrevistadas amamentavam bebês maiores de um ano (L1, um ano e dez meses, L2, dois anos e meio), e na comunidade observamos crianças maiores de dois anos sendo amamentadas.

Ainda durante a gestação, G1 declarou a vontade de realizar amamentação exclusiva nos seis primeiros meses e continuar amamentando depois por quanto tempo a criança desejasse,

Se não fosse o caso de ter que trabalhar, de ter que deixar eles na escola, essas coisas, pra mim podia mamar até quando quisesse, mas como a gente tem que trabalhar, acho que até uns dois anos é bom, né? Dois anos é a idade que já vai pra creche. Não faz mal mesmo, só faz bem. (G1)

A importância da amamentação é inquestionável entre as mães quilombolas, e a importância desta nos primeiros seis meses parece estar bem difundida, embora dificilmente seja realizada de forma exclusiva durante este período, conforme o recomendado. Na entrevista que nos concedeu durante a gestação, G1 confronta os costumes dos “antigos” relacionados à amamentação, e as recomendações dos “médicos”:

Agora tem um coisa que os médicos falam que eu concordo, é amamentação até os seis meses, só leite materno, eu concordo. Se a gente vê que tá sendo suficiente pra ele, é uma coisa que eu concordo. Porque o leite materno é muito bom. Eles (os antigos) com quatro meses já davam comidinha também. Mas amamentar pra eles sempre foi muito importante. Eles sempre falam que a criança que não amamentava sempre era mais mirradinha, não crescia tanto. E o leite materno faz muito bem. O leite materno é bom demais, evita doença, a criança fica mais forte. Isso é a única coisa que eu concordo com os médicos, até os seis meses só o leite. Depois continua, e já começa dando papinha, caldinho de feijão, verdura, essas coisas. (G1)

Observamos em visitas à comunidade que G1, apesar de manifestar o desejo de oferecer somente leite materno nos primeiros seis meses, acabara

cedendo à pressão dos parentes que vivem próximos e permitia a oferta de outros alimentos ao seu bebê de quatro meses.

Ao ser perguntada sobre a introdução de alimentos, L1 responde que entre oito e nove meses oferece papinha de batatas, macarrão. Ela afirma que oferece somente leite materno nos primeiros seis meses, mas ao mesmo tempo explica que desde cedo a criança precisa aprender a comer outras coisas:

É só (leite)... mas os meninos aqui já nascem tomando café na colher. Tem que ser, menino de pobre já tem que nascer tomando café. Pra aprender. Vai crescer sem saber o que é café? Tem menino que com uma semana, duas semana mais ou menos, já começa a passar caldo de feijão na boca dele. Pra aprender a comer comida de sal. Tem que ensinar a comer (L1)

Gerando o terceiro filho, G2 explica que quando a criança completa 4 meses ela precisa voltar a trabalhar e por isso introduz alimentos antes de completar os seis meses. Ela tem a oportunidade de continuar amamentando mesmo enquanto trabalha, devido à proximidade de sua casa e do trabalho

Eu dou o peito e começo a dar uma comidinha, porque na hora que eu for trabalhar elas precisam estar comendo. Na primeira tirei leite e deixava na mamadeira, mas ela não quis tomar. Ela não tomava, daí eu não quis tirar mais. Daí quando dava a hora de mamar as meninas (suas primas) levavam lá no meu serviço. As meninas levavam, o pai levava. (G2)

O leite materno é compreendido como forma de nutrição adequada para o bebê, além de evitar doenças e promover a saúde dos pequenos. Enquanto acompanhava seu filho, internado devido ao diagnóstico de icterícia, L1 ofereceu o peito sempre que o bebê requisitava, e para isso criou uma forma de amamentá-lo dentro da incubadora, pois raramente havia uma enfermeira por perto para ajudá-la a retirar o menino. Segundo a mulher, sua ação causou espanto nas enfermeiras, mas ela considera que o bebê precisava do leite materno para curar-se, e a justifica assim: “Vai mamar pelo buraco, até o dia de ir embora. Pra ir embora mais depressa, pra ele pegar a cor dele rápido” (L1).

Os bebês recebem o peito assim que manifestam fome ou vontade de mamar, e ali permanece até que se mostrem satisfeitos. O dar de mamar é um momento de troca afetiva, o bebê no colo recebe afagos e palavras carinhosas, e a mãe dedica a ele seu olhar e atenção. Mulheres amamentaram em minha presença e enquanto conversávamos, o faziam com naturalidade e nenhuma delas

demonstrou constrangimento, procurando cobrir o peito e o bebê ou retirando-se para um local reservado.

Em uma conversa sobre amamentação, observamos duas mães trocarem comentários indignados sobre a forma como uma terceira mulher, de fora da comunidade, amamentava sua bebê, regulando os horários para oferta do leite e o tempo que este era ofertado:

Ela falou que só dá o mamá de hora marcada. No horário da menina mama ela dá, de três em três horas. E a noite ela só dá mama às nove horas, e a bebê fica a noite inteirinha sem mamar! Eu não acredito não. (G2)

Ah não, eu nunca tive hora pra dar mamar. Sempre mamou a hora que quis. O leite é deles, deixa mamar! (M2)

Este modelo que concebe a amamentação como um exercício de disciplina e condicionamento do bebê foi estipulada pela puericultura alemã do final do século XX. Introduzido no Brasil com sucesso, apesar de proscrito desde a década de 80, tende a persistir até os dias atuais sendo inclusive recomendado por pediatras (ALMEIDA, 1999). A forma como as mulheres quilombolas realizam a amamentação está de acordo com o modelo atualmente difundido pelas agências de saúde, que preconiza que os lactentes sejam alimentados em regime de livre demanda, no qual as mães oferecem a mama a seus filhos quantas vezes ela for solicitada.

Na questão da amamentação que percebemos como as recomendações dos profissionais de saúde podem ser mal interpretadas, e acabar tendo o efeito contrário do esperado. Amamentando seu bebê de um ano e dez meses, L1 conclui que havia desmamado as outras crianças ainda muito novas,

Eu desmamava eles muito cedo... muito cedo... mas o leite melhor da mãe mesmo pra poder dar pra criança é até os seis meses, né? O mais saudável, né? Diz que é até os seis meses, que eles (agentes de saúde) falam, né? Problema não tem, é de graça mesmo.

Ela relata que costumava desmamar seus bebês entre nove e doze meses, com a seguinte justificativa: “parava porque não podiam mamar mais, já estavam mamando leite ruim” (L1). Ao enfatizar a importância da amamentação nos primeiros seis meses as recomendações dos profissionais de saúde abriram espaço para uma interpretação de que após este período o leite materno seria desnecessário, e até prejudicial.

4.4 Vida e conhecimento de uma parteira quilombola

Dona Onísia já passou dos setenta anos. Não costuma contar os anos, assim como também não se fia muito em registrar com precisão o número de crianças que ajudou a vir ao mundo. A vida inteira viveu na roça, foi na roça que criou seus onze filhos e onde agora participa da criação de seus netos e netas. Nascida na comunidade do Morro do Paiol, mudou-se para o Ausente quando se casou. As limitações e dificuldades que a vida lhe impôs estão expressas nas dores que sente nas costas, na pele trincada e no modo realista com que encara a vida. A natureza é a fonte de onde tira o alimento, a água, a lenha e as plantas que usa para benzer e realizar as “simpatias”, a magia que a faz capaz de interromper doenças e conduzir partos e nascimentos.

Conta que aprendeu a arte de partejar com sua avó, observando como ela fazia,

Vovó era parteira. Quando ela tava assistindo alguma dona pra ganhar menino, punha todo mundo pro mato. Eu não saía. Eu ficava olhando pela trinca da porta. As minhas irmãs nenhuma sabe fazer um chá, só eu. Aprendi foi assim. Eu olhava o buraco da porta a simpatia que ela fazia e assim eu aprendi.

Começou muito cedo a acompanhar a avó, ainda solteira, com 19 anos. A avó lhe incentivava a aprender, e alertava sobre o pouco tempo que lhe restava para transmitir os conhecimentos: “ô minha filha, eu não tenho vida pra negócio não, você já aprende, que eu não tenho vida pra negócio”. Conta que não recebia pagamento pelos serviços prestados, “só um deus te ajude”, e que “fazia só pra ajudar as colegas mesmo, porque das minhas colegas eu tenho dó”. O último parto que fez foi do seu neto, Rafael, hoje com quatro anos.

Sempre viveu na comunidade Ausente, mas conta que havia poucas parteiras na região e por isso assistiu partos em muitas localidades, inclusive em Diamantina. Em seu relato enfatiza a disposição que precisava ter para chegar até as parturientes:

Eu não tinha horário pra sair de casa. Tava chovendo, não tem que olhar chuva, não tem que olhar nada na hora que a dona tá por conta daquela parteira. E não tinha ponte, eu passava a pinguela. E caminhava daqui ao Milho Verde de a pé. Chegava lá pingando água. Levava a trouxa de roupa, a roupa chegava molhadinha. Chegava lá não tinha fala assim: vou tirar essa roupa. A mulher tava mal, mas mal mesmo. Eu pegava o menino molhada assim mesmo.

A partir do momento que a chamavam ou a vinham buscar, ela dava início ao seu trabalho, realizando as rezas e preparando os chás e os banhos que garantiam o transcorrer tranquilo do parto.

Na hora que o homem chegava pra me buscar eu já fazia a simpatia. Deixar pra fazer lá a simpatia quando chegava? Fazia daqui. Tudo quanto era banho eu já levava de casa. Apanhava, já levava tudo. Cozinhava, já levava na garrafa, chegava lá fazia os banhos, colocava na bacia, dava o banho, dava pra tomar, o menino nascia.

Sua atuação durante o trabalho de parto é pouco intervencionista, o apoio que presta é principalmente manter-se junto à parturiente, preparar banhos e chás com ervas medicinais, e realizar as “simpatias”. Essa conduta é similar à descrita por Dias (2007) em seu trabalho com parteiras de uma comunidade rural da Paraíba. A autora entende que, para as parteiras, “o fazer nada significa criar condições que permitam à mulher sentir-se segura e confiante, ter paciência, estar junto, acolher, permitir que a parturiente possa viver o prazer e a dor, segundo sua singularidade” (DIAS, 2007, p.03).

No acompanhamento da parturiente, Onízia busca “se pegar com deus” e a confiança no sagrado e nas rezas que realiza a fortalecem nos momentos mais difíceis: “tem essa simpatia, a mulher pode tá ruim como for: Ó Senhora da Aparecida, senhora do parto, traz vosso filho, coloca na minha mão. Faz três simpatias, o menino nasce”. No caso de problemas durante o trabalho de parto, cada caso específico corresponde à uma simpatia, ao uso de uma planta específica. A parteira relata como age quando percebe que a placenta está levando muito tempo para dequitar,

Tem o chá de maracujá, tem da capoeira branca, tem da folha da banana prata, tem da banana caturrão, tem da perpétua branca, tem da folha de marcilica. Tudo é simpatia pra fazer. Se ganhou menino e ficou faltando (a placenta), que costuma nascer o menino e o umbigo vai e rebenta, né? Vai no imbigio, amarra na perna da mãe e dá a ela nove bago de feijão pra ela sopra com força, o imbigio vai e rompe. Se não sabe fazer essa simpatia não nasce não, tem que ir no médico. Se o imbigio não rompeu e só apertar assim a unha dela e o umbigo rompe. Só apertar o dedo assim com força, ou apertar o nariz dela. Aí não precisa de levar no Serro não. Quase nenhum precisou de levar.

Em duas ocasiões declarou utilizar técnicas para auxiliar a parturiente. Relata que “conforme a dona tiver, precisa de alguém segurar nela, tem que sentar e segurar ela assim nos braços, pra poder nascer a criança depressa. Ela sentada na cama, segura ela por trás”. Onízia explica como faz para evitar o rompimento do

períneo na passagem do bebê: “

Ah, já assisti moça nova ganhando menino e ela casou de novo, então fica tão apertadinha. Costumava usar azeite, azeite de mamona, mas gora eu olho esses meninos mesmo é com esse óleo (de cozinha). Põe com a santa maria, ou açafete, num copo e bate ele assim e põe pra amornar e agora passa assim na mãe ó, sempre ajuda.

Ao se referir às mulheres em trabalho de parto, invariavelmente a parteira usa expressões que demonstram a representação do parto como um momento crítico, de dor e perigo: “tinha uma dona lá no Laranjal, lá perto do Serro, ela ruim, mas ruim mesmo pra ganhar menino”, “a mulher tava mal, mas mal mesmo”, “a pessoa tá ruim pra ganhar a criança”. As mães entrevistadas também usam a expressão “passar mal” ao referir-se ao trabalho de parto: “o médico marcou a cesárea dela, mas um dia antes ela passou mal” (M2).

O corte do umbigo é um momento decisivo do nascimento, é valorizado por sua importância tanto para o bem estar imediato do bebê, quando para sua saúde futura. A parteira também costuma dizer “esse menino aí fui eu que cortei o umbigo” em uma metáfora para referir-se a um parto assistido por ela, sendo o corte do umbigo um símbolo da realização do nascimento.

Até pra cortar o imbigio do menino tem que saber. Vc mediu três dedos, o imbigio do nenê era grande, você mede três dedos aqui, aqui é a barriguinha do menino (mostra com as mãos), você medindo três dedos, aqui você marca com uma linha, bem apertada mesmo. Três dedos. Vc tem que cortar com três dedos se não o pauzinho dele fica desse tamanhico (risos), porque não cortou o umbigo direito. Não tem jeito de errar a medida de cortar o umbigo, é três dedos. A barriga tá aqui, você medindo três dedos amarra um nó bem apertadinho aqui. Da hora que mediu os três dedos e amarrou assim apertado mesmo, passa o garfo no fogo e chega no pedaço que cortou, pra não sair sangue. E agora volta aquele umbigo assim pra cima e coloca o pó de fumo e amarra com o cintero. Tem que queimar bem queimado pra não dar sangue. A vida do menino tá toda no umbigo. Se arrebentar o umbigo ele põe o sangue todo pra fora.

Depois de cortar o cordão, a parteira realizava ainda o procedimento de limpeza das vias aéreas da criança, para evitar a formação de catarro:

A gosma é obrigada a parteira a tirar na hora que nasce. Enfia a toalha na garganta e tira gosma toda na hora que nasce. Se deixar a gosma dá chiado no peito. Tem muitos meninos que tem chiado porque não tirou a gosma. De fazer chiado grave no peito. Caça uma toalhinha, enfia na garganta dele... devagarinho. Então aquela gosma vai saindo da garganta dele. Sai todinha. Se deixar dá chiado brabo. Faz o chá de horta pra dar, dá enchuma (gordura amarela) de galinha com manjerona.

Seguia-se então o banho no bebê e a realização do curativo no umbigo. Finalizados os procedimentos no recém nascido a parteira se dedicava a cuidar da

mãe. Esses cuidados incluem um banho e o ritual de “puxar o corpo” da mãe, necessário para limpar a Mãe do Corpo, como ela se refere ao útero. A limpeza evita ainda que a mãe fique com sangramento por muito tempo após o parto.

Põe a bacia cheia d'água pra poder dar o banho à dona, lavar e poder colocar a cinta. Não pode colocar a cinta sem dar banho. Banho de água com sabão, cozinha os banhos (ervas) e dá o banho puxando pra baixo que é pra arrumar o corpo dela. Tem que fazer limpeza. Muitas parteiras a mãe ganha o menino, só corta o imbigio, não faz a limpeza na mãe, né? Então tem que puxar os dedos tudo assim (puxa a pele dos dedos em sentido pro braço, passando a mão no tórax e abdômem de cima pra baixo, como que levando pra fora do corpo), puxa a pele dos dedos e puxa pra baixo pra limpar a Mãe do Corpo, deixar a Mãe do Corpo limpa. Eles (profissionais de saúde) só cortam o imbigio, não fazem a limpeza no corpo da mãe, então fica mais de mês, quando vem na volta de lua, cinco ou seis dias escorrendo. Até a primeira vez, no primeiro parto que eu olhar, as mulher fica tudo bem, graças a deus. Tem que limpar a Mãe do Corpo, porque quando o menino sai da Mãe do Corpo, ela enche de sangue, então fica toda vida aquela corredeira de sangue. Tem que saber limpar.

Também para a limpeza do corpo da mãe, Onízia faz uso de um chá feito com três flores de algodão e três flores de perpétua branca. A parteira afirma que realizando a limpeza do corpo da mãe e com uso do chá, em três dias a mulher pára o sangramento.

A parteira ainda trocava os lençóis da cama se fosse necessário e arrumava tudo para colocar mãe e bebê, ambos limpos e cuidados, para descansar. Enquanto a mãe, com o bebê nos braços, iniciava a amamentação, a parteira preparava uma revigorante canja de galinha. No dia seguinte a parteira ainda lavava as roupas que se sujaram durante o parto, o que também implicava em uma simpatia,

Retira a cama toda, põe nova cama pra poder deitar a mãe com o menino. Agora no outro dia eu ia pra fonte com essas roupas, ah, nem sinal de eu vim da fonte. Porque não pode lavar e deixar aquela sujidade correr por água abaixo. A primeira água, tem que tirar e levar uma enxada, abrir um buraco assim, tira a primeira sujidade e puxar terra por cima, não pode por na água corrente. Três água da roupa não pode deixar ir por água abaixo, tem que joga no seco e puxar terra seca pra tampar. O último enxáguamento da roupa que deixa ir.

Os afazeres da parteira não acabavam com a finalização do parto e o estabelecimento da amamentação. Mãe e criança continuava sob seus cuidados até a queda do coto umbilical, que acontecia no sétimo dia após o nascimento. Entre esses dias acontecia ainda o resguardo da criança, e a apresentação do bebê para a lua,

Quando era pra ver mulher ganhar menino tinha que ficar até oito dias, porque tinha de mostra à Lua e eu só entregava depois do umbigo cair. É muita responsabilidade. É responsabilidade da parteira do dia que a mãe

ganha até o dia de sétimo dia. Da hora que entregou à mãe o umbigo e guardou ele (o nenê) a parteira tá despreocupada.

A presença da parteira e sua ajuda nos afazeres domésticos e nos cuidados com a saúde e bem estar da mãe e da criança na primeira semana após o nascimento indica o representação do puerpério como uma fase de intensa adaptação e vulnerabilidade para ambos. A passagem de cada um dos eventos que marcam estes primeiros dias, como a queda do coto umbilical, o resguardo, a apresentação para a lua, têm o significado de ritos de passagem. Os acontecimentos se sucedem e em cada um deles, progressivamente, vai se fortalecendo a saúde do bebê.

O “mostrar à lua” é um momento muito especial para as mães quilombolas, também enfatizado por esta parteira, que descreveu o evento em detalhes:

Você passa a mão no menino, no braço assim (dois braços paralelos, bebê deitado sobre eles), outra pessoa com a roupa dele todinha em uma baciinha, leva e quando vê a lua, fala: Lua, luar, olha vossos filhos, ajudai-vos a criar, Lua, luar olhai vossos filhos, ajudai-vos a criar. Embalando o menino e mostrando ele à Lua e mostrando a roupa também. Se ficar uma peça dele que você não levar dá dor de barriga. Tem que levar todinha a roupa. Leva a roupa todinha completa, não pode faltar uma roupa. Aquela que leva a roupa fica sendo madrinha daquele menino, que ajudou a mostrar à Lua o menino.

A lua também tem influência no início e na duração do parto, segundo as fases lunares, sendo a Lua Nova e a Lua Cheia as consideradas mais propícias para o parto:

No dia da Nova e no dia da Cheia que é as horas mais perigosas pra ganhar. Na Minguante a mãe sofre, leva três, quatro, cinco dia pra ganhar. A Cheia é que é boa. É mais rápido, rápido mesmo é na Cheia. Na Minguante fica aquela perrengação essa hora assim (de manhã cedo), pra ganhar sete horas da noite, oito, nove, dez horas.

O trabalho da parteira terminava após realizado o resguardo da criança, descrito com riqueza de detalhes por Onízia. Comparado ao relato das mães, o “guardado” realizado pela parteira é composto de muito mais elementos e simpatias:

Guarda com sete dias. Hoje é sete dias ele fica amanhã o dia inteiro pra tirar depois de amanhã cedo de dentro do quarto. Quando vai guardar a criança, vai nesse óleo, põe esse dente de alho um aqui o outro aqui (um de cada lado da cabeça) e passa o óleo com um pouquinho de santa maria na ponta do nariz dele e faz a cruz da sorte, e outra nas costas e outra no umbigo e põe uma folha de arruda no cintinho dele. Na hora que for no quarto que ele for guardado, tem que ter a arruda assim na porta do quarto. O bebê fica só com a mãe. O pai também pode ficar, mas tem que esquentar a roupa, do pai e da mãe. Se o pai levar o bafo frio de lá de fora pra dentro do quarto onde o filho tá guardado, ele aleija ou fica com qualquer coisa nas

vistas. Se guardar ele à meia noite, quando for uma hora da madrugada você vai afrouxando a janela e tirando o pano da janela pra ir batendo o ar nele, que se for abrir de uma vez ele aleija.

A placenta também tem um destino especial nas mãos da parteira, que se refere a ela como “a primeira roupa da criança”:

o primeiro pano que o menino nasce, a primeira roupa da criança, você não lava, tem que jogar em cima da casa. Aquela bolsinha verde escorreguenta, aquela tem que jogar em cima da casa. Fica direto em cima da casa até apodrecer, não pode tirar não. É simpatia pra fazer pro menino.

A parteira ainda sugere que se guarde o coto umbilical do bebê, quando ele cair, para no futuro se fazer remédio dele: “Eu tenho o umbigo dos menino meu, tudo guardado. Guarda o umbigo. Quando o menino tá com uma dor de barriga você põe num copo água, e dá pro menino tomar a água do umbigo dele. É um santo remédio”.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação pode ser um período no qual a mãe constrói sua autoconfiança e sua capacidade de cuidar, por meio das informações e suporte que encontra junto aos profissionais de saúde e as pessoas que compõe sua rede de apoio. Ações que visem a disseminação de informações e o fortalecimento da autoconfiança da gestante contribuem para a formação da cuidadora que estará sempre próxima das crianças, daquela mais interessada em seu bem estar, e devem ser pensadas como ações de promoção de saúde das comunidades tradicionais.

Ao serem compreendidas e entenderem-se como protagonistas de sua gestação e parto, senhoras de seu corpo e responsáveis pelo bebê que estão gerando, as mulheres tem a oportunidade de assumir ativa e conscientemente sua maternidade. A vida das mulheres quilombolas favorece sua capacidade de decisão e protagonismo, por estarem próximas da natureza, trabalharem em conexão com o próprio corpo e contar com uma rede de apoio na família e comunidade. Por outro lado, não têm acesso à informações técnicas que poderiam trazer mudanças positivas na forma de pensar e agir sobre a gestação, o parto e o cuidado de si mesmas e das crianças.

Durante as trocas que realizamos com as mães quilombolas constatamos o desconhecimento a respeito das diretrizes que regulamentam o atendimento ao parto no Brasil, no sentido de humanizar a assistência. Também observamos a resignação com as dificuldades enfrentadas pelas mulheres durante o parto, em parte devido a necessidade de aceitar as condições que as instituições públicas de saúde lhes oferecem e impõem, em parte devido a representação do parto como uma punição, carregada de sentidos morais e religiosos, como algo intrínseco à maternidade, ao ser mulher.

A experiência de doulas comunitárias parece trazer uma resposta à principal insatisfação das mulheres: o tempo que ficam sós durante o trabalho de parto e a sensação de medo e abandono que isso provoca. Considerando que os profissionais da instituição não podem estar disponíveis todo o tempo, a entrada dessa profissional na cena de parto preenche uma lacuna importante da humanização da assistência. Além disso a possibilidade de contar com o apoio de uma pessoa do sexo feminino se adequa à preferência das mulheres quilombolas por acompanhantes femininas. A doula comunitária traria ainda a vantagem de conhecer a cultura e a linguagem das mulheres de sua comunidade, facilitando a empatia entre a doula e a parturiente.

O material de educação perinatal e de incentivo ao parto natural e humanizado que atualmente se produz não chega até estas mulheres por vários motivos. A idéia do parto como evento familiar, prazeroso para a mulher e determinante da saúde da mãe e do bebê ainda é contra-corrente, e o espaço de circulação de textos, imagens e filmes com esta mensagem é a internet. Mesmo quando alguma ação com o objetivo de informar é planejada, nos deparamos com a falta de material. Apesar da quantidade considerável de livros e vídeos que se produz atualmente sobre o tema, praticamente todos são direcionados para o mesmo público: casais brancos e urbanos, de médio a alto poder aquisitivo. A falta de identificação das mulheres quilombolas com este material não contribui para a difusão das informações, criando ainda um impasse, uma identificação negativa que acaba por sedimentar a experiência precária ou negativa como própria de sua condição de mulher negra e rural, que raramente vive com o pai da criança uma relação horizontal, de respeito e companherismo.

A produção de material informativo sobre gestação, parto e amamentação, baseado em evidências científicas e na humanização, precisa aumentar sua

veiculação e diversificar seu público alvo, passando a incluir mulheres negras, mulheres de baixo poder aquisitivo, mulheres solteiras, mulheres rurais. No processo de humanizar o parto e o nascimento o disseminar de informações sobre a fisiologia da gestação, parto e amamentação é libertador e fortalece a mulher no desenvolvimento de sua capacidade de gerar e sustentar a vida. Se fazem necessárias ações educacionais neste sentido, que levem em consideração a existência de múltiplas realidades e respeitem as características culturais das diferentes humanidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. **Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011.

AGUIAR, J.M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

AIRES, Maria Juracy. **Técnica e tecnologia do Parto: a produção e apropriação do conhecimento tecnológico por parteiras tradicionais**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná. Curitiba 2006.

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno. **Os quilombos e as novas etnias** in O'Dwyer, E.C. (Org). **Quilombos: identidade étnica e territorialidade**. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2002. 296p.

ALMEIDA, João Aprigio Guerra. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1999.

ALVAREZ, Rocío Elizabeth Chávez *et al.* **Resgatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién-nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Peru**. Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis 2007. Out-Dez 16(4)

ARRUDA, A. **Fazendo saúde: consciência e política**. In: Oliveira E.M. (org.) **Mulheres: da domesticidade à cidadania**. XI Reunião ANPOCS, CNDM, 1987

BARROS, Fernando C. *et al*; **The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004**. Lancet 365: 847-854, 2005.

BARTH, Fredrik. Introduction. In: Barth, F. (ed.). **Ethnic groups and boundaries: the social organization of culture difference**. Bergen, Universitets Forlaget; London, George Allen & Unwin, 1969. p. 9-38.

BORGES, Moema da Silva.; PINHO, Diana Lúcia Moura.; SANTOS, Silveria Maria.; **As Representações Sociais das Parteiras Tradicionais e seu modo de cuidar**. Cad. Cedes, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 373-385, set./dez. 2009.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Somos as águas puras**. Editora Papyrus, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPIR. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Portaria N°371. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** / Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 68p, 2. ed, 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Políticas sociais e chamada nutricional quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças**. Brasília-DF: MDS, 2008. 142p. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate.

_____. Lei Federal Nº11.108. Presidência da República, Casa civil, 2005a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.

_____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001

BRASILEIRO, Sheila; SAMPAIO, José Augusto. Sacutiaba e Riacho de Sacutiaba, uma comunidade negra rural no oeste baiano *in* O'Dwyer, E.C. (Org). Quilombos: identidade étnica e territorialidade. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2002.

BRENES, Anayansi Correa. **Brujas, comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e a ciência**. Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2005.

CAMPOS, Sibylle Emilie Vogt; LANA, Francisco Carlos Félix. **Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1349-1359, 2007

CAPRA, Fritjof. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. 9. ed. São Paulo: Cultrix, 2000. 249 p

CARVALHAES, M. A. B. L.; BENÍCIO, M. H. D. **Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 188-97, abr. 2002.

CARVALHO, Silvia M.S. **Concepções Indígenas de Saúde e Doença**. 1988

CAVALCANTI P, SCHNECK C.A., DINIZ C.S.G. **A legislação Brasileira e a violência institucional no parto e nascimento**. VIII COBEON – Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. 2013.

CICOUREL, A, **A Method an Measurement in Sociology**. 6ª ed. New York. The Free Press, 1969.

COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. Instituto para Promoção da Equidade, Assessoria, Pesquisa e Estudos. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher.** Convenção Belém do Pará. São Paulo: KMG, 1996.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, K.M. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.337-55.

DE ROMANI, Jaqueline Pitanguy. **Mulher, Natureza e Sociedade**, In: Luz, M. (Org.), O Lugar da Mulher, estudos sobre a condição feminina na sociedade atual. Rio de Janeiro, Graal, 1982.

DENZIN, N. **The Research Act.** Chicago. Aldine Publishing, 1970.

DIAS, Marcos Augusto Bastos *et al.* **Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro.** Ciência e saúde coletiva, 13(5), 1521-1534, 2008.

DI CIOMMO, Regina Célia . **Relações de gênero, meio ambiente e a teoria da complexidade.** Estudos Feministas, Florianópolis, 11(2): 423-443, julho-dezembro/2003.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.** Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

DINIZ, C.S.G.; CHACHAM, A.S. **O ‘corte por cima’ e o ‘corte por baixo’: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo.** Questões Saúde Reprodutiva, v.1, n.1, p.80-91, 2006.

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

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico.** Pensadores, São Paulo, 1978.K.

EHRENREICH, Barbara; ENGLISH, Deirdre. **Witches, Midwives and Nurses: a history of women healers.** New York, The Feminist Press, 1973

EISLER, Riane. **O Cálice e a Espada: nossa história, nosso futuro.** Editora Palas Athena, Rio de Janeiro, 2008.

FARIA, Daniela Lopes. **A natureza e o feminino a partir de Merleau-Ponty: uma leitura ecofeminista.** Revista Opinião Filosófica, Porto Alegre, v. 04; no. 01, 2013.

FARR, Robert M. **Representações Sociais, a teoria e sua história.** In Textos em Representações Sociais. GUARESCHI, Pedrinho; JOCHELOCITCH, Sandra. 2.ed, Petrópolis, RJ. Vozes, 1995.

FAUR, Mirella. **O Legado da Deusa.** Editora Rosa dos tempos. Rio de Janeiro, 2003.

FREITAS, Daniel Antunes *et al.* **Saúde e Comunidades Quilombolas: uma revisão da literatura.** Rev. CEFAC. Set-Out; 13(5):937-943, 2011.

FREITAS, P.F, DRACHLER, M.L, LEITE, J.C.C, GRASSI, P.R. **Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul.** Rev. Saúde Pública 39(5):761-767, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 2ª edição Paz e Terra, Rio de Janeiro, 2015.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro, Graal, 1980.

GALIZONI, Flavia Maria; RIBEIRO, Eduardo Magalhães. **Mulher e Trabalho na agricultura familiar do Alto Vale do Jequitinhonha** in Vale do Jequitinhonha: Ocupação e Trabalho, Maria das Dores Pimentel Nogueira (Org), Belo Horizonte. UFMG/PROEX, 2013.

GRAMSCI, A. **A concepção dialética da História.** Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1981.

GIMBUTAS, Marija. **Goddesses and Gods of Old Europe: 7000-3500 a.C.** - Berkeley e Los Angeles: University of California Press, 1982),

GOMES, A.M.A.; NATIONS, M.K.; LUZ, M.T. **Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro.** Saúde Soc., v.17, n.1, p.61-72, 2008.

GOMES, Karine de Oliveira *et al.* **Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(9):1829-1842, set, 2013.

GONZALES, Carlos. **Besame Mucho: como criar tus hijos com amor. Vivir Mejor,** 2013.

GIFFIN, Karen. **Corpo e conhecimento na Saúde Sexual: uma visão sociológica in** Questões da saúde reprodutiva. / Giffin, K.; Costa, S. H. (Orgs) - Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468p.

GRIFFIN, Suzan. **Women and Nature: the roaring inside her.** New York, Counterpoint, 2000.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(1) 1497-1508, 2010.

HABERMAS, **Dialética e Hermenêutica.** Porto Alegre, Ed. L.P.M. 1987.

HARDING, Sandra. **Gênero, Democracia e Filosofia da Ciência.** RECIIS – R. Eletr. de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.163-168, 2007.

HARDING, Sandra. **A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista.** Estudos Feministas, n1, 1993 p.7 a 31.

HODNETT, E.D., GATES, S., HOFMERY, G.J., SAKALA, C. **“Continuous support for women during childbirth”** (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina**. Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1975.

JOCHELOVITCH, Sandra. **Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais** In Textos em Representações Sociais. GUARESCHI, P.; JOCHELOCITCH, S. 2.ed, Petrópolis, RJ. Vozes, 1995.

JODELET, Denise. **Representações sociais: um domínio em expansão**. In: JODELET, D. (Org.). Representações Sociais. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

KING, Inestra. **Curando as feridas: feminismo, ecologia e dualismo natureza/cultura** in Gênero, corpo, conhecimento. Alison M. Jaggar, Susan R. Bordo [editoras] - Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1997.

LEAL, M.C, GAMA, S.G.N, CUNHA, C.B. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001**. Rev. Saúde Pública 39(1):100-107, 2005.

LEÃO, Miriam Rego de Castro, BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do hospital Sofia Feldman. Revista Latino Americana de Enfermagem. Vol 09, n03. Ribeirão Preto, 2001.

LITTLE, Paul E. **Os conhecimentos tradicionais no marco da intercientificidade**. In: LITTLE, Paul (Org.). Conhecimentos tradicionais para o século XXI: Etnografias da intercientificidade. São Paulo. Annablume, 2010,p. 9-31.

LUZ, Madel. **Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

MALINOWSKI, B. **Uma Teoria Científica da Cultura**. São Paulo. Zarah, 1975.

MALTA, D.C. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-244, out.-dez./ 2007.

MARTIN, Viviane Barrére, ANGELO, Margareth. **Organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda**. Rev. Latino-Am. Enfermagem - Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 89-95, 1999.

MARTIN, Emily. **A Mulher no Corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro, Garamond, p. 384, 2006.

MARTINS, Alaerte Leandro. **Mortalidade materna: maior risco para as mulheres negras no Brasil**. Jornal da Rede, Rede Saúde, n. 23, mar. 2001. Disponível em: <www.redesaude.org.br>

MARTINS, Alaerte Leandro. **Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11):2473-2479, nov, 2006

MARINHO, Thais Alves. **Além do culturalismo: uma discussão teórica sobre cultura e etnia para quilombolas** in O território e a comunidade Kalunga: quilombolas em diversos

olhares. ALMEIDA, Maria Geralda Almeida (org.) – Goiânia : GRÁFICA UFG, 2015. 329 p. : il.

MARX, Karl; ENGELS, F. **Ideologia Alemã**. São Paulo, Hucitec, 1984.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – 6a edição, Rio de Janeiro, HUCITEC - ABRASCO, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica**. In Textos em Representações Sociais. GUARESCHI, Pedrinho; JOCHELOCITCH, Sandra. 2.ed, Petrópolis, RJ. Vozes, 1995.

MORIN, Edgar. **Os setes saberes necessários a educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: UNESCO, 2000.

MORIN, Edgar. **Da necessidade de um Pensamento Complexo**. In: Martins, F.M.; Silva, J.M. Para navegar no século XXI – Tecnologias do Imaginário e Cibercultura EDIPUCRS, 1999

MOSCOVICI, Serge. *La Psychanalyse: Son image et son public*. 10.ed, Presses Universitaires de France. Paris, 1961

NARVAZ; Marta Giudice; KOLLER, Silvia Helena. **Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, set./dez. 2006

NORTHRUP, Christiane. **Corpo de Mulher, Sabedoria de Mulher**. Gráfica Manuel Barbosa e Filhos, 4a edição, Lisboa, 2009

NOVAIS, T.O.N; MESQUITA, E.F.C. A rede que carrega o doente - saúde da população negra: comunidade kalunga *in* O território e a comunidade Kalunga: quilombolas em diversos olhares. ALMEIDA, Maria Geralda (org.) – Goiânia, Gráfica UFG, 2015.

ODENT, Michel. **Gênese do Homem Ecológico – o instinto reencontrado**. Tao Editora, São Paulo, 1982.

O'DWYER, Eliane Cantarino. **Os quilombos e a prática profissional dos antropólogos** *in* O'Dwyer, E.C. (Org). Quilombos: identidade étnica e territorialidade. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2002.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) **Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: guia prático**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) *Appropriate Technology for Birth*. The Lancet, 8452(ii): 436-437, 1985.

PARACELSO. Opera Ominia. Biblioteca Planeta, Rio de Janeiro, 1973.

PEREIRAL, Adriana Lenho de Figueiredo; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. **Ciência, natureza e nascimento humano: interfaces com o movimento de humanização do parto.** Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008;10(2):537-543.

PERSEU ABRAMO, Fundação. SESC. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**, 2011.

PORTO, Ana Maria; AMORIM, Melania Maria; SOUZA, Alex Sandro Rolland. **Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências.** FEMINA, vol 38/10, Outubro 2010

RABINOVICH, E.P.; DINIZ, E.L; BASTOS, A.C.S. **Relato descritivo da experiência de parto por parteira: o poder da mulher quilombola** in Leituras Afro-brasileiras: territórios, religiosidades e saúdes /Mandarino, ACS; Gomberg, E.(org.), São Cristóvão: UFS; EDUFBA, 2009.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Parirás com Dor – Dossiê para o Senado** - CPMI da Violência contra as Mulheres, 2012.

SÁ, Celso Pereira de. **A construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais** - Rio de Janeiro, EdUERJ, 1998.

SANDILANDS, Catriona. **The Good-Natured Feminist: Ecofeminism and the Quest for Democracy.** Mineapolis, MN: The University of Minesota Press, 1999. 245 p.

SÃO PAULO, Defensoria Pública do Estado. **Violência Obstétrica: você sabe o que é?** 2012.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: SANTOS, B.S. (Org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre ciências revisitado.** São Paulo: Cortez, 2004.

SANTOS, Boaventura de Souza. Um discurso sobre as ciências. 7ª edição, Afrontamento. Rio de Janeiro, 1995.

SANTOS, Boaventura de Souza; MENESES, Maria Paula; NUNES, João Arriscado. **Conhecimento e transformação social: por uma Ecologia de Saberes.** Hiléia: Revista de Direito Ambiental da Amazônia. ano 4, n.o 6. Manaus: Governo do Estado do Amazonas / UEA, 2006.

SANTOS, Silveria Maria. **Parteiras Tradicionais da Região de Entorno do Distrito Federal.** Tese Doutorado – Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de história. 2010

SCHWARTZ, M.; SCHWARTZ, C.G. **Problems in Participant Observation.** American Journal of Sociology, p. 343-353, v.60 january, 1955

SHIVA, Vandana. **Staying Alive: women, ecology and survival in India.** Kali for Women, Nova Delhi, 1998.

SEPIR/PR, Secretaria de Políticas de Pomoção para a Igualdade Racial. Presidência da

República. **Programa Brasil Quilombola**, 2014. Disponível em:
<http://www.seppir.gov.br/comunidades-tradicionais/programa-brasil-quilombola>

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: Editora UNESP, 2004: 127-140.

SCAVONE, Lucila. **Das diferenças às desigualdades: o conceito de saúde reprodutiva na sociologia**. In Goldenberg et al. O classico e o novo: tendências, objetos e abordagens em Ciências Sociais. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003, 187-195.

SIQUEIRA K.M.; BARBOSA M.A.; BRASIL V.V.; OLIVEIRA L.M.C.; ANDRAUS L.M.S. **Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15(1): 68-73.

SILIPRANDI, Emma. **Ecofeminismo: contribuições e limites para a abordagem de políticas ambientais**. Agroecologia e desenvolvimento sustentável, v.1, n. 1, p. 61-70, jan./mar. 2000.

SILVA, Franklin Leopoldo. **Martin Heidegger e a técnica**. scientiæ zudia, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 369-74, 2007

SPINK, Mary Jane. **Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais**. In Textos em Representações Sociais. GUARESCHI, Pedrinho; JOCHELOCITCH, Sandra. 2.ed, Petrópolis, RJ. Vozes, 1995.

TORNQUIST, Carmem Suzana. **Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto**. Revista de estudos feministas, 2002.

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Lancet online, 9 de maio de 2011, DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino** in Questões da saúde reprodutiva. / Giffin, K.; Costa, S. H. (Orgs) - Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

ZERZAN, John. **Patriarchy, Civilization, And The Origins Of Gender**. The anarchist Library. Disponível em www.insurgentdesire.org.uk, acesso realizado em março de 2015.

**ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA – BELO HORIZONTE**

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações sociais de mulheres quilombolas sobre gestação, parto e puerpério e suas práticas de cuidado em saúde reprodutiva.

Pesquisador: Ramoci Leuchtenberger

Área Temática: Versão: 1 CAAE: 38764414.6.0000.5138

Instituição Proponente: Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 933.333 **Data da Relatoria:** 25/11/2014

Apresentação do Projeto:

Os conhecimentos técnico-científicos da obstetrícia contemporânea precisam ser complementados pela percepção do parto como um fenômeno biopsicossocial.

Objetivo da Pesquisa:

Este estudo tem por objetivo conhecer e valorizar as práticas de cuidado da saúde reprodutiva realizadas por mulheres de comunidades tradicionais quilombola, e compreender suas necessidades durante a gestação, parto e puerpério, fortalecendo sua autoconfiança e autonomia e contribuindo para a humanização no atendimento ao parto e nascimento nos município de Serro e Diamantina, Minas Gerais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Não há risco adicional introduzido pelo estudo, uma vez que a pesquisadora não interfere na conduta habitual realizada nos hospitais. O participante que aceitar o convite para esta pesquisa poderá contribuir para que particularidades culturais possam ser respeitadas e consideradas, para a humanização da gravidez e do parto - entendida como um possível benefício direto do estudo, naturalmente adequado aos avanços médico-científicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Este projeto poderá promover troca de saberes entre a pesquisadora e as mulheres pesquisadas; disseminar informações a serem ou não utilizadas na condução da gravidez, do parto e do recém nascido. Não haverá interferência da pesquisadora em relação ao acompanhamento pré-natal e possíveis procedimentos hospitalares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: O projeto está completo apresentando todos os documentos necessários. O TCLE esclarece bem os objetivos da pesquisa, bem como a natureza do estudo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Trata-se de um projeto de pesquisa bem interessante e não representa nenhum risco às participantes da pesquisa.

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Assinado por: Francisco das Chagas Lima e Silva (Coordenador)

BELO HORIZONTE, 15 de Janeiro de 2015

APÊNDICE 1 -
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos a senhora para participar da pesquisa “*Representações sociais de mulheres quilombolas sobre gestação, parto e puerpério e suas práticas de cuidado em saúde reprodutiva*”, que será desenvolvida pela pesquisadora Ramoci Leuchtenberger, sob a orientação da Prof.^a Dra. Silvia Regina Paes, do Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Esta pesquisa tem por objetivos: 1) compreender os significados de gestação, parto e puerpério para as mulheres quilombolas e conhecer formas de cuidado relacionadas com sua saúde reprodutiva; 2) Registrar as técnicas, métodos e valores que compõe a prática das parteiras tradicionais que vivem em sua comunidade; 3) Valorizar os saberes das mulheres da comunidade e afirmar a importância de seu papel como cuidadora da própria saúde e da saúde da sua família e 4) Identificar as necessidades das mulheres quilombolas durante a gestação, parto e pós-parto e propor cuidados que contribuam para a humanização do atendimento ao parto e nascimento prestada à população negra proveniente de comunidades tradicionais quilombolas em hospitais e maternidades do Serro e Diamantina.

Sua participação é voluntária e se dará ao responder à uma entrevista, que será gravada para posterior análise, e autorizar a realização de fotografias. Para evitar qualquer constrangimento a entrevista será realizada em um local de sua escolha e onde a senhora se sinta mais à vontade para responder. A sua privacidade será protegida e na divulgação dos resultados lhe será atribuído um pseudônimo. Da mesma forma as fotografias realizadas serão utilizadas em nosso estudo como forma de ilustrar objetos e situações, e não permitirão a identificação de pessoas.

Se aceitar participar, estará contribuindo para que seja possível identificar as necessidades das mulheres quilombolas durante o período perinatal e compreender quais os cuidados e atitudes que respondem à estas necessidades. O desenvolvimento desta pesquisa resultará em uma proposta recomendando procedimentos a serem adotados pelos hospitais e maternidades durante o atendimento ao parto de mulheres quilombolas, a ser entregue aos Conselhos Municipais de Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde do Serro e Diamantina.

Se depois de consentir em sua participação a senhora desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes, durante ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A senhora não terá

nenhuma despesa e também não receberá nenhum tipo de pagamento para a participação nesse estudo e, portanto, nenhum tipo de ressarcimento ou indenização, exceto se comprovado dano decorrente dessa pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Para qualquer outra informação, a senhora poderá entrar em contato com a pesquisadora por telefone, no seguinte número: 38 988315388

Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____, no dia ___/___/___, fui informada sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ser remunerada e que posso sair quando quiser.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE 2 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PARTEIRAS

HISTÓRIA DE VIDA

Como aprendeu, em que circunstâncias se tornou parteira. Quantos partos fez, em quais comunidades fez partos. Com que idade começou, como foi o primeiro parto. Outros relatos de parto, os que mais marcaram sua vida. Quando e por que parou de atuar como parteira.

Transmissão do conhecimento

Como recebeu os ensinamentos? Quem lhe ensinou a partejar? O que não lhe foi ensinado e precisou aprender na prática? Transmitiu os seus conhecimentos para alguém? Gostaria de fazê-lo?

Relacionamentos

Quais os conselhos que a senhora dá para as mulheres durante a gestação, para se sentirem bem. E para prepararem-se para o parto. Qual a sua relação com as mulheres (e a família) durante a gestação? E após o nascimento? Durante o parto, quem mais acompanha a mulher?

Procedimentos

Como faz o diagnóstico da idade gestacional e posição do bebê na barriga? Quando sabe que a mãe ou o bebê precisam de cuidado médicos? Como sabe se o parto está no início ou em estágio avançado? Usa alguma técnica para diminuir a dor do parto ou acelerar o trabalho de parto? Recomenda caminhar, se alimentar, variar posições? Faz uso de banhos durante o trabalho de parto?

Realiza rompimento da bolsa, toque vaginal, preparação do períneo, limpeza intestinal, klisteler?

A parturiente participa nas decisões contra ou a favor dos procedimentos? Como é a comunicação entre a senhora e a mulher que está parindo? O que faz no caso de laceraração do períneo, bolsa retida ou sangramento? Conhece rezas e orações específicas para situações diferentes?

Artefatos

Que material leva para a casa da parturiente? O que pede que ela prepare pro dia do parto? Faz uso de chás e/ou massagens? Algum instrumento para auxiliar no parto – banqueta, rede, corda, lençol?

Cuidados no puerpério

Por quanto tempo a senhora permanece na casa da mulher, ajudando após o parto? O que faz?

Quais os cuidados que a mulher deve ter após o parto – alimentação, resguardo, amamentação?

Indica e sabe fazer a garrafada? E banhos de assento?

Cuidados com o recém nascido

Qual o destino da placenta e do coto umbilical? Como faz o curativo do umbigo?

Como orienta as mães sobre o primeiro leite - colostro

Quais os cuidados que o recém-nascido recebe – banhos, guardar o sétimo dia, amamentação

Corpo Feminino

O que a senhora pensa sobre o corpo da mulher? Sobre o corpo da gestante, sobre o corpo da mulher parindo e amamentando? O que a senhora pensa da dor do parto? Como descreve a dor do parto para uma mulher que está na primeira gestação? Sabe como ajudar uma mulher que quer engravidar? E interromper uma gravidez? Sabe como evitar uma gravidez, usando métodos não farmacológicos? Já foi procurada para ajudar a interromper ou evitar uma gravidez?

Vocação

Por que acha que a maior parte das parteiras é mulher? O que mais lhe agrada em ser parteira?

Quais as maiores dificuldades? Que tipo de retorno recebe em troca dos seus serviços?

Qual o significado de estar presente durante um parto/nascimento?

Qual é para a senhora o significado de ser parteira? Por que motivos a senhora é parteira?

APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MÃES

Se estiver grávida

O que tem feito de diferente durante a gravidez? Quais os cuidados especiais que tem estando grávida? (Em relação à esforço físico e exercícios, relações sexuais, alimentação, fumo/álcool, sono). Como tem se sentido – física e emocionalmente? Como você se sente estando grávida? (em relação aos seus planos, em relação ao seu corpo, em relação ao companheiro, em relação à comunidade). Vc gosta do seu corpo grávido? Como se sente em relação ao seu corpo durante a gravidez? Como você vê seu corpo antes e depois de ser mãe? Que cuidados médicos pra-natais já fez? Como se sentiu a respeito de qualquer um deles? Quando visualiza o trabalho de parto, que pensamentos e expectativas você tem? O que você ouviu da sua mãe, irmãs ou amigas a respeito? Como se sente em relação à dor do parto? Se o parto pudesse acontecer da forma que você quisesse, como seria?

Que papel você gostaria que as enfermeiras, médicos ou parteiras tivessem? Como você se sente a respeito do uso de medicamentos para fazer o parto começar ou do uso de remédios para acelerar o parto? Como você se sente a respeito da realização do corte no períneo (pique) para aumentar a passagem? Como você se sente a respeito do uso de anestesia durante o parto? Qual seria a sua reação se o médico recomendasse qualquer um desses recursos? O que aconteceria se você discordasse?

Como você se sente a respeito dos procedimentos que são realizados no bebê assim que ele nasce (corte imediato do cordão umbilical, aspiração de vias aéreas, aplicação de nitrato de prata nos olhos, injeção de vitamina K, aplicação de vacinas, banho, afastamento da mãe e permanência em berço aquecido). Sente que deve discordar de qualquer um deles?

A gravidez afetou suas atividades (trabalho remunerado, afazeres domésticos, escola)? O que mudou na sua relação com seu companheiro após engravidar? Que planos você tem para o bebê após o parto, em termos de voltar a trabalhar, procurar emprego, procurar uma creche. Se você pudesse organizar as coisas da maneira que quisesse, como faria?

Gestações anteriores

Como se sentiu nas gestações anteriores em comparação com essa? Como se sentiu em cada gravidez? Quais foram as circunstâncias e experiências de cada gravidez? Houve algum cuidado especial para com a sua saúde durante a gravidez? Realizou os exames e acompanhamento pré-natal? Como se sentiu em relação aos exames e consultas?

Como foram os partos? Relatos (quando começou, quanto tempo durou, quais foi a sensação em cada parte diferente do trabalho de parto, onde aconteceu, no caso de ida à maternidade, quem decidiu o momento de ir).

Como se sentiu em relação à dor do parto? Como descreveria a dor do parto para outra mulher?

Usou alguma medicação durante o parto (Indução, medicação para acelerar ou diminuir o ritmo das contrações, algum tipo de analgésico ou anestesia, soro intravenoso)? Como foram tomadas as decisões a favor ou contra os procedimentos. Como se sentiu em relação a eles? Foi realizado algum procedimento em seu corpo durante o parto (monitoramento do bebê, verificação da dilatação, klisteler, episiotomia, lavagem intestinal, depilação, soro intravenoso, fórceps, cesárea)? Como foram tomadas as decisões a favor ou contra os procedimentos. Como se sentiu em relação a eles?

Foram realizados procedimentos no bebê assim que ele nasceu (corte imediato do cordão umbilical, aspiração de vias aéreas, aplicação de nitrato de prata nos olhos, injeção de vitamina K, aplicação de vacinas, banho, afastamento da mãe e permanência em berço aquecido). Como foram tomadas as decisões a favor ou contra os procedimentos. Como se sentiu em relação a eles?

Quanto tempo levou pra você ver o bebê e cuidá-lo depois do parto? Foi o que você queria? Existe alguma coisa que você gostaria que tivesse sido diferente em relação a isso?

Qual foi a participação de seus pais, marido, outros filhos, amigos? Teve acompanhante? Se não, qual o motivo? Gostaria de ter tido? Se sim, como foi o processo para conseguir?

Sente que foi bem acompanhada pelas pessoas que te assistiram - enfermeiros, obstetras, parteira? Em algum momento se sentiu mal tratada pelas pessoas que prestaram assistência?

No caso de ter experimentado ambos parto domiciliar e hospitalar, explorar os sentimentos relacionados a cada um. No caso de ter experimentado ambos parto normal e cesárea, explorar os sentimentos relacionados a cada um. No caso de cesárea, porque não foi possível o parto normal?

Você pode se lembrar de alguma expectativa ou temor que teve no momento do parto dos seus filhos? Existe alguma coisa em relação aos seus partos que você gostaria que tivesse sido diferente?

Autocuidado no puerpério

Quais os cuidados especiais que a mãe recém parida deve ter? (banhos, chás, alimentação)
Respeita o resguardo? Usa garrafada durante o resguardo? Sabe como é feita? Quem faz a garrafada? O que sabe sobre o banho da mãe no trigésimo dia? Qual é o significado?
Quem auxilia nas as atividades da casa e no cuidado com o bebê durante o resguardo?

Cuidados com o recém nascido e amamentação

Quais os cuidados especiais que você tem com o bebê recém-nascido? (banhos, alimentação)
Como cuida do umbigo? Qual o destino do umbigo depois que cai?
Guarda o sétimo dia da criança? Como faz e qual o significado se guardar o sétimo dia?
Pretende amamentar o bebê? (ou amamentou seus bebês?) Como se sente ao amamentar seu bebê? Por quanto tempo pretende amamentar? Quanto tempo exclusivamente no peito? É encorajada pela família, companheiro, comunidade agentes de saúde? O que sabe sobre o primeiro leite – colostro? Em quanto tempo o leite costuma descer? O que considera importante para que a amamentação funcione bem? Faz uso de mamadeiras e chupetas? O que você ouviu da sua mãe, irmãs ou amigas a respeito da amamentação? O bebê dorme com você? A família te encoraja a dormir com o bebê?

Cuidados com a família

Que cuidados sua família toma com a saúde? Como faz para manter-se saudável? O que faz para manter a saúde das crianças? Como você se sente sendo responsável pela saúde da sua família?

Que cuidados toma em caso de doença? Conhece remédios caseiros? Sabe cultivá-los e prepará-los? Costuma procurar alguma pessoa que conhece remédios caseiros? Utiliza ao mesmo tempo remédios caseiros e de farmácia? Quando procura o médico? Para onde se dirige quando precisa de um médico? Como se sente em relação às visitas realizadas pelos agentes de saúde?

Maternidade

O que significa ser mãe? O que mudou quando tornou-se mãe? (planos, visão de mundo, relações). No caso de existir um companheiro/pai: o que você espera dele, quais as atividades que ele realiza?

Quais foram as alegrias que a maternidade te trouxe? Em relação às crianças, em relação ao companheiro e comunidade, em relação à você mesma. Quais foram as “desilusões” que a maternidade te trouxe? Em relação às crianças, em relação ao companheiro e comunidade, em

relação à você mesma. Você planejou a sua gravidez? Quantos filhos deseja ter? Que formas de evitar a concepção você conhece/pratica. Algum aborto? (de que forma aconteceu ou em que circunstâncias faria?)

Vida em comunidade

De que forma a vida em comunidade influencia na maternidade? Vive próxima à mãe, tias, avó, irmãs, ou gostaria de esta mais próxima? As mulheres mais velhas ou com maior experiência foram importantes na gestação, amamentação e criação dos filhos? Quem lhe ajudou com o bebê pequeno? Quem fica com as crianças quando você vai trabalhar? Bebês vão junto para a roça ou ficam em casa? No caso de acompanharem a mãe, fazem uso de algum tipo de carregador de bebês?

APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO GERAL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
 Apelido: _____
 Residência-Endereço: _____
 Comunidade: _____
 Há quanto tempo você mora nessa comunidade _____
 Onde você morava antes? _____

PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO

Data de nascimento: _____ Local de Nascimento: _____
 Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

Como você se autodenomina em relação a cor:

() preta () parda () branca () amarela () vermelha

Como foi o seu Nascimento?

() domiciliar () hospitalar/maternidade – vaginal () hospitalar - cesárea

Quantas gestações/filhos você teve? _____ **Algum aborto?** _____

Com que idade teve seus filhos?

Como foram seus partos? Tipo de Parto:

() domiciliar com parteira () domiciliar sem assistência
 () hospitalar/maternidade – vaginal () hospitalar – cesárea

Causa da cesárea _____

Pratica alguma religião?

Qual é a sua ocupação? Tem uma renda mensal?

Está inscrita em programas de transferência de renda ou recebe aposentadoria?

Quem morava na casa da família em que você cresceu?

Quem mora em sua casa ou com sua família agora?

Qual é a ocupação dessas pessoas?

Quando precisa de atendimento médico, para onde se dirige? _____

Recebe visita de agentes de saúde - Estratégia Saúde da Família?

() sim, regularmente () não, nunca fui visitada
 () sim, esporadicamente () não, pararam de visitar

FIGURA 1 - REPRESENTAÇÕES SOBRE GESTAÇÃO

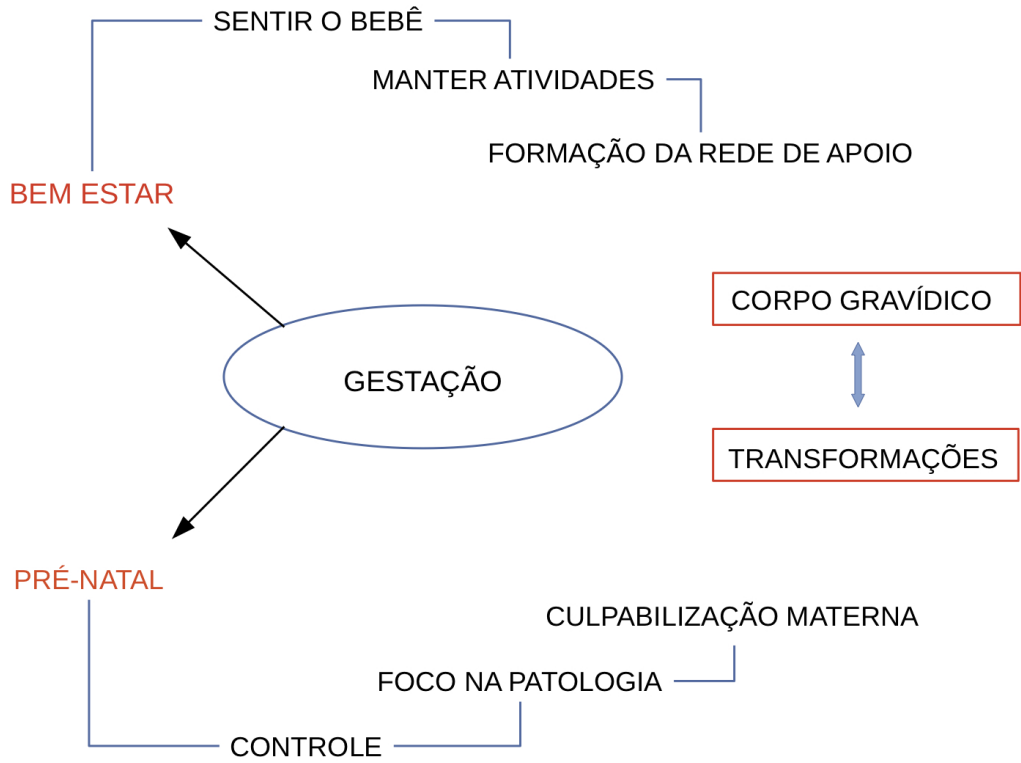


FIGURA 2 – REPRESENTAÇÕES SOBRE PARTO

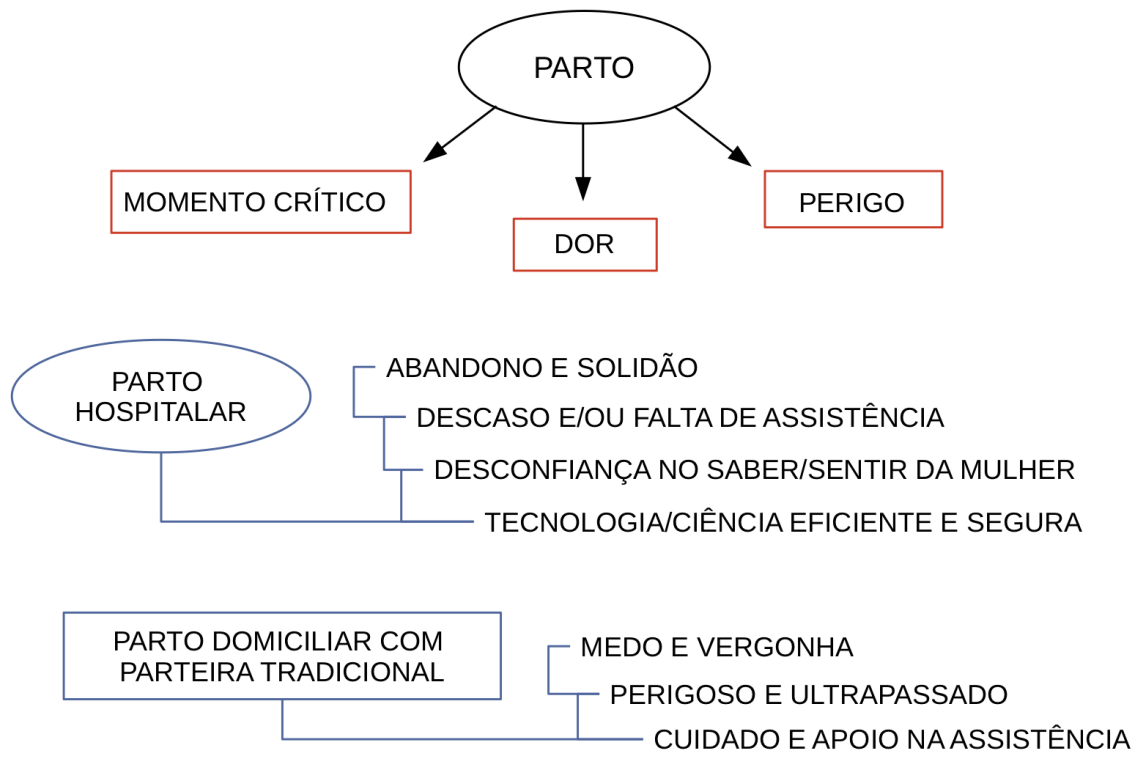


FIGURA 3 – REPRESENTAÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS NO PARTO

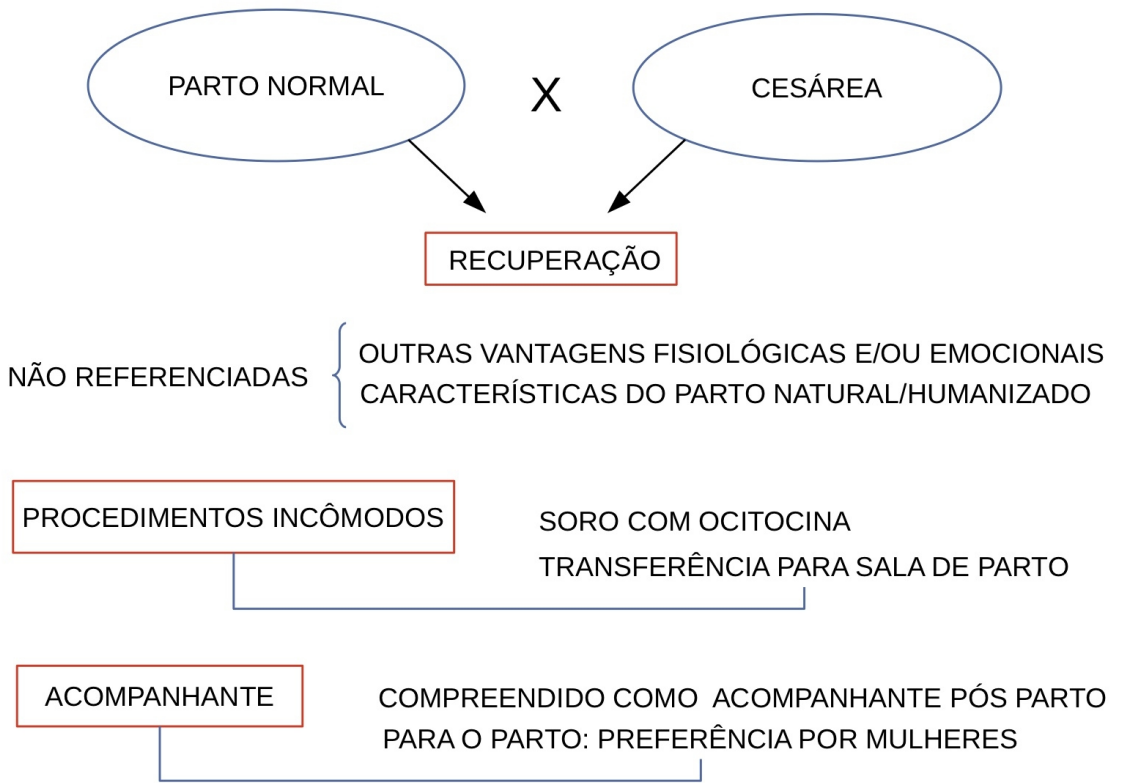


FIGURA 4 – REPRESENTAÇÕES SOBRE PUERPÉRIO

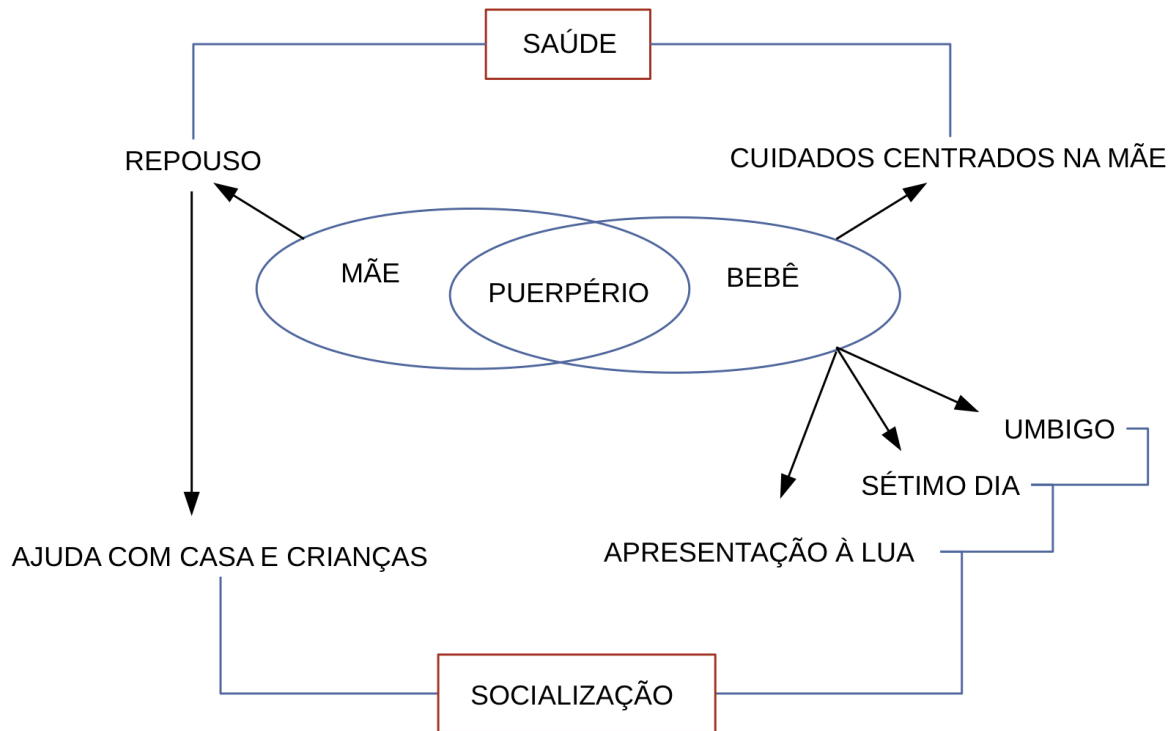
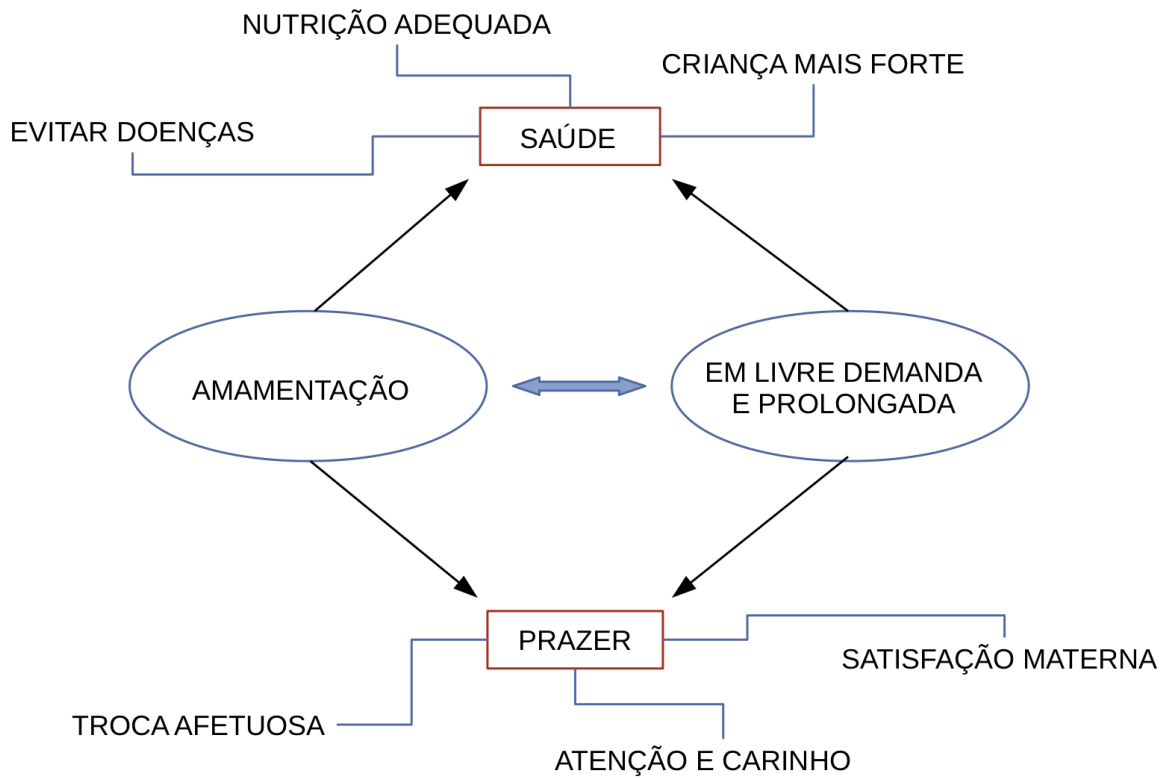


FIGURA 5 - REPRESENTAÇÕES SOBRE AMAMENTAÇÃO

ENSAIO FOTOGRÁFICO

**MULHER QUILOMBOLA: MATERNIDADE, SAÚDE E NATUREZA
NO ALTO VALE DO JEQUITINHONHA**





A rotina de trabalho das mulheres quilombolas do Alto Jequitinhonha é uma sucessão de atividades na casa e na roça, desenvolvidas ao mesmo tempo que se cuida das crianças pequenas. O cultivo da terra, o cuidado com os animais, a manutenção da casa, a criação das crianças. Trabalho que não se vê o resultado, trabalho que nem sempre é considerado trabalho.



A seca segue firme e a água da nascente pára de correr. É mais uma lição de humildade que a gente do Cerrado vive. A dura jornada de buscar água passa a fazer parte do cotidiano das mulheres. Com a ajuda dos animais, ou nas próprias costas, as mulheres percorrem as distâncias carregando os galões. A água buscada é usada para beber e cozinhar, na limpeza da casa e utensílios e para os banhos.



As mulheres sabem da importância da amamentação e do leite materno para a saúde do bebê, mas também demonstram praticar a amamentação prolongada pelo prazer do contato com a criança.



Os bebês recebem o peito assim que manifestam fome ou vontade de mamar, e ali permanece até que se mostrem satisfeitos. O dar de mamar é um momento de troca afetiva, o bebê no colo recebe afagos e palavras carinhosas, e a mãe dedica a ele seu olhar e atenção



Valorizar os saberes tradicionais e compreender a formação que ocorre em espaços de aprendizagem dentro da comunidade permite que a juventude mantenha o interesse no desenvolvimento de habilidades práticas relacionadas à riqueza da própria cultura, aos saberes ancestrais de seus familiares e à relação de cooperação com a natureza.



"O povo antigo fala assim, se enterrar na porta do galinheiro, a criança tem sorte com galinha, se enterrar na porta do chiqueiro a criança tem sorte com porco, se enterrar na porteira do curral tem sorte com criação. Assim o povo mais velho falava. E assim que a gente fazia".



A terra é companheira, cobre os corpos das crianças, cobre o chão das casas. É na terra que se cultiva o alimento e de onde se colhe as folhas e raízes pra os chás curadores. Na terra estão as plantas que protegem a casa e seus moradores, as plantas que alimentam as gentes e a lenha que alimenta o fogo. A terra se transforma em barro e o barro sobe as paredes de pau a pique, cobre os fornos, dá cor às casas.



Na saída para buscar água ou roupa no rio as mulheres se reúnem em volta do fogão a lenha, o café adoçado compartilhado, crianças brincam em volta delas. A conversa revela uma notável habilidade de fazer graça com as dificuldades do dia a dia, dar leveza ao peso dos galões de água e da bacia de roupa molhada.



As dificuldades que a vida lhe impôs estão expressas nas dores que sente nas costas, na pele trincada e no modo realista com que encara a vida. A natureza é a fonte de onde tira o alimento, a água, a lenha e as plantas que usa para benzer e realizar as "simpatias", a magia que a faz capaz de interromper doenças e conduzir partos e nascimentos.



As relações entre as pessoas são regidas pelo sagrado, na "benção" que se pede e se recebe ao encontrar os mais velhos, nas "graças a deus", manifestadas em voz alta com respeito e obrigação, no "deus lhe pague" em troca da cura realizada, no "vá com deus" que ameniza as despedidas e deixa o caminho aberto para o retorno. As rezas nas práticas de cura assumem a influência do sagrado, e respeitam a incapacidade humana de explicar aquilo que não pode compreender.



As crianças maiores vão à escola primária na própria comunidade, numa caminhada diária de quase uma hora. Os menores ficam em casa com a mãe. Por vezes são deixados sob os cuidados das tias ou avós para que a mãe possa buscar água, lavar roupa ou ir ao roçado.



Ao iniciar a educação formal a juventude é impregnada pelo discurso da racionalidade científica, para a qual o método científico e a razão são as únicas formas de alcançar a verdade. Considerando os sentimentos, os sentidos, as paixões e a fé como fontes impuras para a produção do conhecimento, o discurso cartesiano acaba por desmerecer os saberes das ancestrais.