

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Práticas de cuidado de parteiras tradicionais e  
obstetrizes: resistência, afetividade e subversão**

Bianca Alves de Oliveira Zorzam

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública  
da Universidade de São Paulo para obtenção do  
título de doutora em ciências

São Paulo  
2023

# **Práticas de cuidado de parteiras tradicionais e obstetrizes: resistência, afetividade e subversão**

**Bianca Alves de Oliveira Zorzam**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da  
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de  
São Paulo, nível doutorado.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz

São Paulo

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a) Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Zorzam, Bianca Alves de Oliveira Zorzam  
Práticas de cuidado de parteiras tradicionais e  
obstetizes: resistência, afetividade e subversão. / Bianca  
Alves de Oliveira Zorzam Zorzam; orientadora Carmen  
Simone Grilo Diniz Grilo Diniz. -- São Paulo, 2023.  
227 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da  
Universidade de São Paulo, 2023.

1. práticas de cuidado. 2. obstetizes. 3. parteiras  
tradicionais. 4. obstetrícia. I. Grilo Diniz, Carmen  
Simone Grilo Diniz, orient. II. Título.

**Nome:** Bianca Alves de Oliveira Zorzam

**Título:** Práticas de cuidado de parteiras tradicionais e obstetizas: resistência, afetividade e subversão

Tese de doutorado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, na área de concentração Saúde Pública.

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_

Banca Examinadora

Prof. Dr.(a) \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.(a) \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.(a) \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.(a) \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.(a) \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como na eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, o título, a instituição e o ano da tese/dissertação.

*Este 2023 é o ano de Oxum e Exu. Oxum (em iorubá, Òsùn) é a orixá do amor. Das águas doces, dos rios e das cachoeiras. Senhora da fertilidade. É reverenciada no candomblé, na umbanda e em diversas religiões de origem africana. Oxum é dona do ouro e cultuada como rainha da nação Ijexá. Tem o título de ialodê (ìyálodè), senhora da sociedade. E é a ela que eu dedico esse trabalho. A senhora que trouxe, através do amor, a minha trajetória para esta pesquisa. Ora yê yê Ô!*

*E jamais se esquecer dele, a quem também dedico este caminho percorrido, Exu (Èsù), o guardião. Grande mensageiro e comunicador entre a Terra e os orixás. Matou o pássaro ontem com a pedra que só jogou hoje. Laroyê!*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço profundamente

aos Orixás, pela minha vida, meu ori e meus caminhos;

a minha família, por me apoiar nesta vida intensa de ser obstetriz;

ao meu companheiro, Luis, pelo apoio contínuo;

a minha orientadora, Simone Diniz, por ter me incentivado e inspirado todo o tempo, pela paciência, generosidade e bom humor durante todo o meu percurso acadêmico;

a minhas amigas queridas, que dividiram comigo o esforço, o cansaço e a luta na trajetória da obstetrícia transformadora;

às mulheres e aos bebês que me ensinaram o motivo de estar no mundo;

às parteiras tradicionais e obstetrites que participaram desta pesquisa, pela dedicação a um ofício que envolve amor. Pela resistência, afetividade e subversão;

à Faculdade de Saúde Pública e todos(as) os(as) trabalhadores(as) que fizeram parte destes anos de estudo;

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de nível Superior- Brasil (CAPES)- Código de Financiamento 001. Agradeço pela possibilidade de dedicação a este trabalho.



**Figura 1.** Abdias Nascimento, *Oxum em Êxtase*.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Búfalo (EUA), 1975. Museu de Arte Negra, Ipeafro. Disponível em: <<https://dasartes.com.br/de-arte-a-z/inhotim-inaugura-exposicao-sobre-abdias-nascimento/>>.



## **Canto para Oxum (Oro Mi Maió)**

**“Oro mi má  
Oro mi maió  
Oro mi maió  
Yabado oyeyeo  
Oro mi má  
Oro mi maió  
Oro mi maió  
Yabado oyeyeo”**

(Verso em iorubá)

(Em português: “E Deus é o mar. Deus é o maior. Deus é o maior. Me ajudou a vencer. E Deus é o mar. Deus é o maior. Deus é o maior. Me ajudou a vencer”.)

## RESUMO

ZORZAM, B. A. O. **Práticas de cuidado de parteiras tradicionais e obstetrizes: resistência, afetividade e subversão.** Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Os movimentos pela humanização do parto e nascimento, há mais de 40 anos, vêm discutindo e lutando por mudanças nas práticas de cuidado dos profissionais na assistência ao parto normal. No entanto, o Brasil ainda é marcado por uma série de intervenções danosas na assistência às mulheres, o que causa prejuízos à saúde e a violação de seus direitos. Este trabalho é uma pesquisa qualitativa que realizou entrevistas em profundidade sobre práticas de cuidados de parteiras tradicionais e obstetrizes e analisou como elas têm construído e desenhado suas práticas como ato político de transformação social e na saúde. A análise foi construída a partir do marco teórico dos estudos de gênero e das perspectivas decoloniais de conhecimento, resultando nos eixos temáticos: resistência, afetividade e subversão.

**Palavras-chave:** práticas de cuidado, obstetrizes, parteiras tradicionais, gênero, decolonialidade do saber, obstetrícia.

## ABSTRACT

ZORZAM, B. A. O. **Care practices of obstetricians and traditional midwives: resistance, affectivity, and subversion.** Thesis (Doctorate in Public Health) – Faculty of Public Health, University of São Paulo, São Paulo, 2023.

The movements for the humanization of labor and birth, for over 40 years, have been discussing and fighting for changes in the care practices of professionals in normal delivery care. However, Brazil is still marked by a series of harmful interventions in the assistance to women, causing harm to health and violation of their right. This work is qualitative research that carried out in-depth interviews about care practices of obstetricians and traditional midwives and analyzed how they have constructed and designed their practices as a political act of social and health transformation. The analysis was constructed from the theoretical framework of gender studies and decolonial knowledge perspectives, resulting in the thematic axes: resistance, affectivity, and subversion.

**Keywords:** Care practices, Obstetricians, Traditional midwives, Gender, Decoloniality of knowledge, Obstetrics.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1.** Abdias Nascimento, *Oxum em Êxtase*.

**Figura 2.** Acompanhando uma família na Casa Angela, 2017.

**Figura 3.** Encontro com as parteiras de Maués na Casa Angela, em 2017.

**Figura 4.** J J. Marion Sims: *Cirurgião Ginecológico*, de "A história da medicina".

**Figura 5.** Mapa de palavras durante as leituras flutuantes das entrevistas. Março de 2023

**Figura 6.** Diário de campo. Manaus, 20 de março de 2022

**Figura 7.** Secretária Dôres, à esquerda, ao lado de uma parteira, na comunidade de Missões.

**Figura 8.** Mapa da região da cidade de Tefé

**Figura 9.** Ponto de encontro em Tefé para seguir rio adentro

**Figura 10.** Chegada à comunidade Deus É Pai, 2022.

**Figura 11.** Parteira Tabita, em um parto domiciliar na comunidade Deus É Pai.

**Figura 12.** Dona Fátima, parteira em Ponta da Sova, 2022.

**Figura 13.** Vista da chegada a Ponta da Sova, 2022.

**Figura 14.** Casa de farinha em Ponta da Sova, 2022.

**Figura 15.** Tabita e sua mãe, dona Joana, as duas parteiras da comunidade Deus É Pai. Ao fundo, um alguidar com tucumãs colhidos na comunidade, 2022.

**Figura 16.** Vista do Rio Tefé e suas casas flutuantes, 2022.

**Figura 17.** Dona Sebastiana, parteira da comunidade indígena de Missões, 2022.

**Figura 18.** Barreira das Missões, 2022.

**Figura 19.** Barreira das Missões, 2022.

**Figura 20.** Dona Aurinha, parteira do hospital de Novo Airão-AM, 2022.

**Figura 21.** Mapa da cidade de Novo Airão.

**Figura 22.** Parque Nacional de Anavilhanas, 2022. Arquivo próprio

**Figura 23.** Parteira Graça e seu companheiro.

**Figura 24.** Na voadeira, a caminho de Deus É Pai. A sensação era de não saber onde começava o rio e terminava a floresta. Era tudo um permanente estado contínuo. 2022.

**Figura 25.** Parteiras Acaiá. Thaís é a terceira da esquerda para direita no segundo plano da foto.

- Figura 26.** Da esquerda para direita: Agnes e Cleo.
- Figura 27.** Lilian durante o acompanhamento de uma mulher em trabalho de parto domiciliar.
- Figura 28.** Coletivo Maoni, parteiras domiciliares. Mayara é a terceira da esquerda para a direita.
- Figura 29.** Mariane. Arquivo cedido pela entrevistada.
- Figura 30.** Andreza em missão na Etiópia.
- Figura 31.** Ato para pedir a criação do cargo de obstetrix na rede municipal de saúde, realizado na Câmara Municipal de vereadores de São Paulo. São Paulo, Brasil, 2014.
- Figura 32.** Parteira tradicional Tabita durante consulta de pré-natal.
- Figura 33.** Tabita, parteira tradicional, na casa de farinha com as crianças da comunidade Deus É Pai.
- Figura 34.** Reencontro com a parteira na Casa Angela, 2017.
- Figura 35.** Ilustração extraída do livro “Brujas, panteras y enfermeras: una história de sanadoras”.
- Figura 36.** Juliana Varela e Anita. Primeiro parto e nascimento domiciliar pelo La Mare, em março de 2013.
- Figura 37.** Foto compartilhada na rede social Instagram do grupo das obstetrizes Maoni.
- Figura 38.** O círculo formado em torno da mulher ao parir.
- Figura 39.** Do livro “Redescobrimo o parto”.
- Figura 40.** Foto da rede social do Instagram das Parteiras Acaiás.
- Figura 41.** A observação silenciosa de uma obstetrix.
- Figura 42.** Acompanhamento de parto domiciliar pelo grupo Parteiras La Mare, 2021.
- Figura 43.** O olhar atento de uma obstetrix.
- Figura 44.** Acompanhando uma família no parto domiciliar pelo grupo Parteiras La Mare.
- Figura 45.** Sobre autoexame. “Nossos corpos por nós mesmas”.
- Figura 46.** Obstetrix Thais ao acompanhar um parto domiciliar.

## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1.** Características das parteiras tradicionais.

**Tabela 2.** Características das obstetrizes.

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1.** Diferenças entre as práticas de parteiras tradicionais e obstetrizes e aquelas não alicerçadas pela MBE, com base no material mais recente.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Abenfo	Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras
ACS	Agente comunitário de saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
AO	Associação de Obstetrizes
APTAM	Associação de Parteiras Tradicionais da Amazônia
CFSS	Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde
CNP	Centro de Parto Normal
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DPP	Data provável do parto
EACH	Escola de Artes, Ciências e Humanidades
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFF	Equipe de Saúde da Família Fluvial
ESFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
FAS	Fundação Amazônia Sustentável
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICM	International Confederation of Midwives
IM	Instituto Mamirauá
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LAHPSA	Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia
MBE	Medicina baseada em evidências
MCA	Medicina complementar e alternativa
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina tradicional

OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organização Social
Oscip	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PD	Parto domiciliar
PHPN	Programa de Humanização de Parto e Nascimento
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNPIC	Plano Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PSF	Programa de Saúde da Família
PTPT	Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais
Rani	Registro Administrativo de Nascimento de Indígena
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SES-AM	Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde
Sinasc	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMID	Secretaria Mexicana da Medicina Tradicional e Desenvolvimento Intercultural
TP	Trabalho de parto
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
USF	Unidade de Saúde Fluvial
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)



<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>PARTE I – INTRODUÇÃO</b>	<b>19</b>
<b>1 TRAJETÓRIAS E DESEJOS PARA ESTA PESQUISA</b>	<b>19</b>
1.1 Trajetória pessoal e cenários da obstetrícia – no Brasil e no mundo	19
1.2 Encontros e desejos que me levaram a esta pesquisa – porque também é um trabalho sobre parteiras tradicionais	27
1.3 O pensamento decolonial para a compreensão das práticas de cuidado de parteiras tradicionais e obstetizes	30
<b>PARTE II – REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>36</b>
<b>2 EPISTEMES DA OBSTETRÍCIA MÉDICA E AS QUESTÕES DE GÊNERO</b>	<b>36</b>
<b>3 RESISTINDO PARA EXISTIR: PARTEIRAS TRADICIONAIS E OBSTETRIZES NO BRASIL</b>	<b>41</b>
<b>4 O PENSAMENTO DECOLONIAL PARA PENSAR DIÁLOGOS ENTRE SABERES</b>	<b>49</b>
4.1 A ciência para uma vida prudente: o fim das desigualdades sociais e o bem coletivo	53
<b>PARTE III – OBJETIVOS</b>	<b>59</b>
<b>5 OBJETIVO</b>	<b>59</b>
5.1 Objetivo geral	59
5.2 Objetivos específicos	59
<b>PARTE IV – METODOLOGIA</b>	<b>60</b>
<b>6 MÉTODOS E TÉCNICAS</b>	<b>60</b>
6.1 Notas metodológicas	60
6.1.1 As entrevistas em profundidade	60
6.1.2 O diário de campo e a observação participante	62
6.1.3 A autoetnografia	63
6.1.4 O campo e as entrevistas com as parteiras tradicionais	64
6.1.5 O campo e as entrevistas com as obstetizes	89
6.2 Caracterização das participantes: parteiras tradicionais e obstetizes	95
6.3 Aspectos éticos	97
<b>PARTE V – RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>98</b>
<b>7 RESULTADOS</b>	<b>98</b>
7.1 Práticas de cuidado como resistência	98
7.1.1 Diálogos com o SUS e enfrentamento das desigualdades: as parteiras tradicionais em resistência	99
7.1.2 Diálogos com o SUS e enfrentamento das desigualdades: obstetizes em resistência	120
7.2 Práticas de cuidado como afetividade	138
7.3 Práticas de cuidado como subversão	153
7.3.1 Subversão e construção de interconhecimentos pelas obstetizes: contando uma história	153
7.3.2 Subversão ao patriarcado: aprender no próprio corpo	178

<b>PARTE VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>195</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>195</b>
<b>9 REFERÊNCIAS</b>	<b>200</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>215</b>
<b>Anexo 1</b> – Roteiro de entrevista com obstetrizes	215
<b>Anexo 2</b> – Roteiro de entrevista com parteiras tradicionais	217
<b>Anexo 3</b> – Termo de consentimento livre e esclarecido para obstetrizes e parteiras tradicionais	220
<b>Anexo 4</b> – Complemento de TCLE para obstetrizes	223
<b>Anexo 5</b> – Carta de apresentação de uma obstetriz para hospital privado.	224
<b>Anexo 6</b> – Folha de cadastro das parteiras tradicionais para a Associação Algodão Roxo.	225

*Vó Rita tinha as mãos vazias de bens que lhe coubessem. Estava vencendo o tempo amargo sofrimento e usara uma única arma, o amor. Ela sabia que a sua vida não tinha sido jogada fora. Não tinha bens que pudesse contar, enumerar, guardar em bancos, em bolsas, em vasilhas, em armários. Todos os seus bens estavam guardados, retidos no peito. E foram tantos, tantos que saíram de suas mãos. Ela testemunhara o nascer de tanta vida. Era duro viver, mas valia a pena. Viu tanta mulher parir em dores. Assistiu a tanta dor, mas testemunhou alegrias e esperanças também. Viu os filhos seus e dos outros crescerem, viverem, apesar de tudo. Tinha ainda muita esperança pra si e para os outros. Não era preciso o desespero. A vida haveria de continuar em outro lugar, em outras pessoas. O seu corpo poderia até cair agora, mas outros e outros levantaram. Havia uma razão atrás de tudo. Ela não sabia bem qual seria, mas atrás de tudo alguma razão existia. Era preciso ir adiante. Uns morriam, outros nasciam. Bom tempo aquele em que buscava com toques nas barrigas das mulheres a vida que lá dentro existia. Hoje ela segurava outra vida. Vó Rita sabia que era a sua amizade, o seu amor que retinha a vida da Outra.*

Conceição Evaristo

## APRESENTAÇÃO

Esta é uma pesquisa qualitativa que pretende apresentar e analisar práticas de cuidado que parteiras tradicionais e obstetrizes realizam em seus locais de atuação. Para isso, seguiremos dois grandes referenciais teóricos: os estudos de gênero e a decolonialidade do saber no campo da saúde.

A tese está dividida em seis partes:

### **PARTE I – Introdução e Justificativa**

Neste capítulo, conto as trajetórias que me levaram até esta pesquisa. O encontro ao pensamento decolonial, que dialogou todo o tempo com as minhas reflexões na dimensão sobre gênero, permitindo-me abrir uma janela de compreensão sobre como uma obstetriz pode aprender a ouvir vozes que falam de outras fronteiras de conhecimento e compreensão sobre corpo, tempo e o evento do parto. Em seguida, discuto brevemente as tensões políticas, sociais, culturais e econômicas desse campo da saúde para ampliar as possibilidades de conhecer e reconhecer práticas de cuidado que estão em constante desafio de existência de parteiras tradicionais e obstetrizes no Brasil, que, para além de cuidar das mulheres, também combatem as iniquidades sociais refletidas no contexto da saúde brasileira.

**PARTE II – Referencial teórico**

Discuto a questão histórica e política das obstetizas e parteiras tradicionais, retomo a crítica de gênero à produção patriarcal da obstetrícia do século XIX e os caminhos possíveis do pensamento decolonial para a possibilidade de uma ecologia dos saberes no campo da saúde obstétrica.

**PARTE III – Objetivos**

Apresento os objetivos gerais e específicos da pesquisa.

**PARTE IV – Metodologia**

Explico o desenho da pesquisa, os materiais e métodos utilizados e as vivências em campo com os dois grupos pesquisados (parteiras tradicionais e obstetizas).

**PARTE V – Resultados e Discussão**

Apresento os resultados da pesquisa com base em três grandes eixos teóricos: práticas decoloniais como resistência; práticas decoloniais como afetividade; e práticas decoloniais como subversão.

**Parte VI – Considerações finais**

Proponho uma prática obstétrica que seja capaz de romper com as iniquidades sociais, com o racismo e com a misoginia presentes no conhecimento e na assistência obstétrica, com base nas práticas de obstetizas e parteiras tradicionais ouvidas nesta pesquisa.

## PARTE I – INTRODUÇÃO

### 1. TRAJETÓRIAS E DESEJOS PARA ESTA PESQUISA

#### 1.1 Trajetória Pessoal e Cenários da Obstetrícia – no Brasil e no Mundo

Como todo conhecimento é situado (HARAWAY, 1995, escrevo este trabalho a partir da minha vivência como obstetriz que buscou uma atuação com autonomia em modelos descentralizados da figura médica e também como militante na luta por permanência e existência no sistema público de saúde brasileiro, matriz do meu desejo para esta pesquisa.



**Figura 2.** Acompanhando uma família na Casa Angela, 2017.<sup>2</sup>

Nos últimos dez anos, a minha trajetória profissional em uma casa de parto, a Casa Angela, um lugar que envolve uma história de luta e resistência na periferia da zona sul de São Paulo, foi a principal experiência que fortaleceu minha identidade de obstetriz, com autonomia para acompanhar mulheres de risco habitual no Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, um ato de resistência política da minha atuação.

Justamente por ter vivido a fragilidade política da minha formação<sup>3</sup> e sofrido as perseguições nas práticas diárias ao modelo de casa de parto e as influências dos

---

<sup>2</sup> Arquivo próprio.

<sup>3</sup> O curso de Obstetrícia sofreu inúmeras dificuldades para ser aceito pelos órgãos dos conselhos federais e estaduais de enfermagem. Ações no Ministério Público Federal e uma série de

interesses de mercado, quero contar um pouco sobre o cenário do parto e nascimento na cidade de São Paulo, uma grande metrópole nacional, onde vivo.

Uma série de fatores políticos, econômicos e culturais locais motivam a disputa entre médicos e não médicos na assistência ao parto nos grandes centros urbanos e mesmo em regiões afastadas – como aquelas ribeirinhas na Amazônia que visitei em campo nesta pesquisa –, o que Portella (2017), originalmente, chamou de geopolítica do parto.

A autora, em sua tese de doutorado, intitulada “Ciência e costume na assistência ao parto”, debate a hierarquização dos saberes a partir da colonização dos conhecimentos sobre a parturição pela biomedicina, o que resultou na hierarquização profissional, em que a centralidade do médico na assistência aos partos de risco habitual<sup>4</sup> promove a manutenção dos sistemas de privilégio, o controle e a medicalização do parto.

A valorização cultural da cesárea, o silenciamento de informação sobre tipos e locais de parto e o desencorajamento da escolha informada servem de estratégia de parte dos profissionais médicos para convencer as mulheres a ter uma cesárea agendada ou um parto induzido no hospital por um profissional médico na rede de saúde suplementar e privada, apesar da preferência inicial das mulheres pelo parto normal no início do pré-natal (CARDOSO e BARBOSA, 2012; PERPÉTUO, BESSA e FONSECA, 1998; GAMA et al., 2009; DIAS, 2011; ZORZAM, 2013).

Segundo dados da última pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), São Paulo representou 17,7% do produto interno bruto (PIB) brasileiro em 2016. E não por acaso, mas também em razão disso, a região Sudeste agrupa mais da metade dos médicos do país – 53,2% –, que atende 42,1% da população brasileira. O estado de São Paulo concentra mais de um quarto dos médicos – 28,1% do total – para atender uma população que representa 21,9% dos habitantes do país. Para se ter ideia da desigualdade que isso significa, a média nacional de médicos por habitante é de 2,27 por mil habitantes no país. A região Norte tem uma taxa de 1,3, 43% menor que a razão média nacional. Na região Nordeste, a

---

intervenção sociais foram feitas para que o curso continuasse a existir e os(as) formandos(as) tivessem o registro no Conselho de Enfermagem. Para saber mais sobre essa história, o trabalho de doutorado de Soares (2016), traz detalhamentos históricos da questão.

<sup>4</sup> Parto de risco habitual é definido como gestação e parto sem complicações graves. Disponível no manual do Ministério da Saúde:

<[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>.

taxa é de 1,69. Juntas, elas têm os piores indicadores – todos os seus 16 estados estão abaixo da média nacional (SCHEFFER et al., 2020).

Sabemos que o contexto de modelos de assistência ao parto na cidade de São Paulo é bastante complexo no âmbito do SUS, da assistência privada e da saúde suplementar. Nos últimos 20 anos, acompanhamos o crescimento do número de médicos e médicas comprometidos com uma assistência mais humanizada na obstetrícia no setor privado na cidade de São Paulo e de um modelo em que médicas e parteiras – obstetras e enfermeiros(as) obstetras – acompanham em conjunto o parto dentro do ambiente hospitalar privado. A figura da doula também aparece com grande ênfase.

Historicamente, parteiras e médicos estabeleceram tentativas de trabalho em conjunto também como forma de controle da hierarquia:

Nessa busca de aprovação e reconhecimento houve parteiras que procuraram apoio dos médicos, evidenciando que nas primeiras décadas do século XX, não havia uma desqualificação generalizada desses profissionais a respeito do trabalho das parteiras. Ao lado dos que as denunciavam pelas práticas perigosas, “sujidade”, independência e por dificultar o trabalho, impedindo que se aproximassem das parturientes (Estado de São Paulo, 5/1/1903), havia um outro grupo que as apoiava e compartilhava com elas o atendimento à parturiente, inclusive de sua própria família, **desde que se colocassem em posição hierárquica subalterna** (MOTT, 2005, p. 133; destaque meu).

Embora, atualmente, existam parcerias entre enfermeiros(as) obstetras, obstetras e médicos(as) no setor privado, profissionais não médicos não podem assumir a responsabilidade da assistência ao parto nesses locais privados<sup>5,6</sup>, ao contrário do que se constitui a assistência nos centros de parto normal do SUS e do que prevê as diretrizes do Ministério da Saúde, nas quais o parto de baixo risco deve ser preferencialmente assistido por enfermeiros(as) e obstetras.

Para uma dimensão numérica da questão, temos disponível no site do Prefeitura do Município de São Paulo, na seção correspondente à *Saúde da Mulher*, a relação de profissionais e tipos de parto em hospitais privados e públicos na cidade de São Paulo: em 2018, 62,3% dos partos foram acompanhados por enfermeiros (as)

---

<sup>5</sup> Reportagem sobre o Coletivo Nascer – grupo de médicos e parteiras que acompanham partos pelos convênios de saúde na cidade de São Paulo. Disponível em:

<<https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Parto/noticia/2019/07/grupo-formado-por-obstetras-e-parteiras-completa-um-ano-com-taxa-de-cesareas-de-13-em-sp.html>>. Acesso em: 9 jun. 2022.

<sup>6</sup> O sistema privado e suas peculiaridades foram relatados também pelas obstetras entrevistadas nesta pesquisa.

obstetras/obstetizes nos hospitais públicos da gestão municipal, e 6,8%, nos hospitais privados.<sup>7</sup>

Não por acaso, no mesmo ano, nos hospitais de gestão municipal em São Paulo, o número de cesáreas foi de 14.573, e o de partos normais, 29.306, enquanto, nos hospitais particulares, observamos, respectivamente, 8.598 e 1.107. O número de cesáreas é diretamente proporcional à quantidade de médicos disponíveis na assistência direta ao parto. Esse cenário também exemplifica o que Diniz (2009) chamou de paradoxo perinatal, em que mais médicos e tecnologias estão disponíveis em locais onde não são necessários, em detrimento de outros em que sua presença salvaria vidas.

É oportuno ressaltar que há mais de duas décadas o Ministério da Saúde incentiva a humanização do parto e nascimento por meio de políticas públicas para a saúde da mulher e do bebê. Para citar alguns momentos históricos importantes, está a promulgação da Portaria 985/99 de 1999, que cria e regulamenta a abertura de casas de parto em São Paulo – a ideia de fortalecer os centros de parto normal em âmbito local e o cuidado promovido por profissionais não médicos.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi criado em 2000 pelo Ministério da Saúde com a Portaria 569/GM/MS de 2000, que incentiva o cuidado e a assistência ao parto por enfermeiras obstetras. Em 2011, com o programa Rede Cegonha, no bloco específico sobre parto, busca-se promover a implementação de Centros de Parto Normal (CPNs), fortalecendo mais uma vez o SUS e o lugar das enfermeiras e obstetizes nos partos de risco habitual. A Portaria 904, de 2013, propõe diretrizes para implantação dos CPNs na Rede Cegonha do SUS, no seu artigo 3º: “São requisitos para a constituição da unidade de um estabelecimento hospitalar com CPN: / I - condução da assistência ao parto de risco habitual, da admissão até a alta, realizada por enfermeiro obstétrico ou obstetiz” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Apesar de revogada pela Portaria nº 11 de 7 de janeiro de 2015, manteve-se a definição de que a obstetiz e o(a) enfermeiro(a) obstetra poderão garantir a condução da assistência de risco habitual para o parto e o puerpério no artigo 4, item V: “Garantir

---

<sup>7</sup> Disponível em:

<[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude\\_da\\_mulher/index.php?p=237383](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_da_mulher/index.php?p=237383)>. Acesso em: 15 jun. 2022.



a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetrix ou enfermeiro obstétrico” (BRASIL, 2015a).

Há diversas regulamentações que garantem que enfermeiros(as) e obstetrixes possam responsabilizar-se tecnicamente por acompanhar partos de risco habitual sem a presença de um médico, como consta no item 12 da conclusão do Parecer de Comissão N. 003/2019/CNSM/COFEN: “Enfermeiros detêm o protagonismo nos procedimentos que envolvem todo o processo de acompanhamento e realização do parto normal de baixo risco, segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal” (CNSM/COFEN, 2019).<sup>8</sup>

No setor privado, no entanto, uma série de outras interferências culturais e econômicas mantém o profissional médico na assistência aos partos de risco habitual, ao contrário do que incentivam os estudos sobre o tema e regulamentam os órgãos oficiais de saúde do país. A própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) dispôs, em sua Resolução Normativa nº 398/2016, sobre a exigência de credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetrixes por operadoras de planos de saúde e hospitais, com a obrigatoriedade dos médicos de informar as mulheres, antes do parto, sobre a existência desse profissional de saúde:

Art. 1º – O acompanhamento de trabalho de parto e o próprio parto poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016).

O movimento de mulheres pela humanização do parto e nascimento no Brasil também se expandiu e pressionou os órgãos reguladores da saúde suplementar a reduzir suas taxas de cesárea. Isso significava mulheres presentes em audiências públicas para questionar casos de cesárea sem indicação, episiotomia e violência obstétrica. A rede Parto do Princípio, por exemplo, é um grupo de ativistas que, em 2006, fez uma denúncia a respeito das taxas de cesárea no país; em 2014, uma audiência se realizou no Ministério Público Federal, em consulta pública à Agência

---

<sup>8</sup> Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/parecer-tecnico-cnsm-cofen-no-003-2019\\_74671.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-tecnico-cnsm-cofen-no-003-2019_74671.html)>.

Nacional de Saúde (ANS). Um dos resultados foi a obrigatoriedade do cadastramento de obstetrix e enfermeira obstetra pelos hospitais privados, como mencionado acima.

Apesar do movimento de mulheres que requeriam justiça com essas mudanças e da própria regulamentação da ANS, os hospitais privados continuam proibindo que enfermeiros(as) obstetras e obstetrixes de equipes privadas possam se *responsabilizar* pela assistência ao parto. No setor híbrido (equipes particulares que utilizam o hospital privado pela saúde suplementar), os(as) enfermeiros(as) e obstetrixes acompanham as mulheres em trabalho de parto no seu domicílio até o momento que julgam mais adequado ir para o hospital, acionando o(a) médico(a) obstetra, que deve estar *impreterivelmente* presente no momento do nascimento e responsabilizar-se tecnicamente pela assistência.

Os interesses do mercado dos serviços de saúde suplementar e os hospitais privados se organizam de tal forma que mantêm a figura do médico como responsável pelos partos de risco habitual, restringindo a atuação e o exercício pleno da profissão de obstetrixes e enfermeiros(as) obstetras na atenção aos partos de risco habitual. Dessa forma, preservam o cenário dos privilégios médicos e a obtenção de um mercado estruturadamente rentável a eles, uma vez que a taxa de partos normais acompanhados por enfermeiras e obstetrixes nesses locais não passa de 10%, como referido acima.

*“Por favor, precisamos de escolas de Midwifery, Bangladesh transformou a quantidade de parteiras em seis anos. A gente consegue fazer isso no Brasil também. A gente não precisa de ginecologistas obstetras espalhados no Brasil para fazer atendimento de risco habitual, a gente precisa deles nos hospitais. Inclusive para a parte de ginecologia que está bem ruim, durante a pandemia, pré-pandemia, e pós-pandemia. Então é isso: precisa mudar o modelo que a gente tem de profissionais atendendo à saúde da mulher no Brasilão”.* (Andreza, obstetrix entrevistada nesta pesquisa)

No entanto, vários autores vêm discutindo o papel e a atuação das obstetrixes, problematizando os desafios da profissão e validando o lugar de vínculo e centralidade da mulher no cuidado contínuo que elas exercem, como foi publicado no recente livro publicado pela UNFPA (LA CRUZ, 2023), que reafirma a necessidade de garantir a presença dessas profissionais no cuidado dos partos de risco habitual.

Para além dos microespaços das dinâmicas da cidade de São Paulo, o cenário global da saúde das mulheres é preocupante e marcado pela violência que se

estruturou com o processo histórico de colonização. Nas palavras da antropóloga Serena Brigidi, o racismo obstétrico deve ser ampliado pela lente de uma estratificação obstétrica interseccional<sup>9</sup>, na qual uma série de elementos histórico-culturais são estruturantes de violência na saúde das mulheres (BRIGIDI, 2022).

A mortalidade materna é uma tragédia evitável, como alguns(mas) autores(as) mencionam no Brasil. Diariamente, cerca de 810 mulheres morrem de complicações relacionadas à gravidez e ao parto que poderiam ter sido evitadas. Mulheres negras, indígenas e imigrantes estão submetidas a um maior risco de morte e morbidade em consequência do racismo sistêmico e da desigualdade de gênero. Durante a pandemia de covid-19, com o aumento do número de mortes maternas e a disseminação de informações incorretas sobre o vírus, observamos graves violações dos direitos das mulheres.

Com base no material construído e disponibilizado pela International Conference of Midwives (ICM) em colaboração com outras instituições internacionais, chamado “Push – Pelos direitos, para mulheres, para parteiras”<sup>10</sup>, uma série de obstáculos relacionados aos contextos políticos, econômicos e culturais impedem que profissionais parteiras (tradicionalistas ou com formação superior direta, como as obstetras e enfermeiras obstetras) alcancem lugares de liderança nos sistemas de saúde e promovam o cuidado direto de mulheres e bebês no mundo todo.

Quando olhamos para os números, entendemos por que a profissão de parteira é essencial para alcançar melhores resultados de saúde sexual e reprodutiva e reduzir a mortalidade materna e de recém-nascidos. O material da campanha traz informações que a cobertura universal em saúde realizada por parteiras treinadas, até 2035, evitaria 67% das mortes maternas e 64% das mortes neonatais; salvaria cerca de 4,3 milhões de vidas anualmente até 2035. O aumento de 10% nos cuidados primários de obstetrícia até 2035 resultaria em uma redução de 20% de mortes

---

<sup>9</sup> O termo em questão tem origem no pensamento da feminista negra Kimberle Crenshaw e, por ele se encontrar em um cenário de disputa acadêmica, penso que mencioná-lo como sugestão das próprias feministas negras faz-se imprescindível enquanto proposta de metodologia pautada nas discriminações de raça/gênero. A autora afirma: “As mulheres são brancas; todos os negros são homens, mas alguns de nós são corajosos” e inaugura a ideia de que raça e classe não devem ser categorias lidas e interpretadas individualmente (CRENSCHAW, 1989). Nas palavras da feminista Carla Akotirene, escritora negra brasileira, a “[...] interseccionalidade revela o que classe pode dizer de raça, da mesma forma que raça informa sobre classe” (AKOTIRENE, 2019, p. 49).

<sup>10</sup> PUSH FOR MIDWIVES. **É chegada a hora de fazer pressão pelos direitos das mulheres.** Disponível em: <<https://www.pushcampaign.org/amplify/portuguese>>. Acesso em: 22 jun. 2022.

maternas e neonatais. Portanto, o investimento mais inteligente na saúde reprodutiva e sexual das mulheres seria a formação e a valorização das parteiras, obstetrias e enfermeiras.

As taxas de mortalidade materna e neonatal são mais elevadas onde há menos parteiras cuidando das mulheres na gravidez, no parto e no aborto. O mesmo material de campanha ainda ressalta dados da revista *The Lancet* e afirma que ampliar em 25% os cuidados primários de obstetrícia num período de cinco anos resultaria numa redução de 41% de mortes maternas e numa diminuição de 39% na mortalidade infantil. Isso equivale a salvar a vida de 170 mil mulheres e 1,2 milhão de crianças anualmente até 2035 (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2019)

Segundo informações disponíveis no site do Ministério da Saúde<sup>11</sup>, entre 1996 e 2018 foram registrados 38.919 óbitos maternos, 67% deles decorrentes de causas obstétricas diretas – complicações na gravidez, no parto e no pós-parto ocorridas por omissão, intervenções e tratamentos incorretos ou por uma cadeia resultante de qualquer uma dessas causas. As principais são hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto – todas completamente evitáveis. Mulheres negras totalizaram 65% das mortes maternas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Alia-se ao tema da mortalidade materna a polêmica sobre a violência obstétrica. Nos últimos 20 anos, temos acompanhado o grande destaque e as repercussões na mídia e nos órgãos oficiais de saúde sobre o tema, com ocorrências em instituições hospitalares, não somente no Brasil, mas em todo o mundo (D'OLIVEIRA, DINIZ e SCRAIBER, 2002; AGUIAR, 2010; WHITE RIBBON ALLIANCE FOR SAFE MOTHERHOOD, 2011; SENA, 2016).

Os movimentos de mulheres e os profissionais de saúde comprometidos com uma perspectiva humanizada da assistência ao parto puseram em pauta o tema dos direitos humanos das mulheres e a violência obstétrica no início do XXI (D'OLIVEIRA, DINIZ e SCRABER, 2002; AGUIAR, 2010; SENA, 2016). Nesse contexto, as políticas públicas e os manuais das organizações de saúde nacionais e internacionais priorizam os direitos reprodutivos das mulheres em relação às práticas de saúde no momento do parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; 2018), apesar de ainda

---

<sup>11</sup> Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/noticia/8736#:~:text=No%20Brasil%2C%20de%201996%20a,a%20uma%20cadeia%20de%20eventos> Acesso em: 20 jun. 2022.

presentes as altas taxas de intervenções desnecessárias na assistência às mulheres (LEAL et al., 2014; LEAL et al., 2017).

Essas políticas e programas de saúde são resultado de muitas lutas e resistências da sociedade civil (incluindo profissionais e usuárias de saúde), que vem conquistando espaços políticos e sociais importantes no empenho pela humanização do parto e nascimento (DINIZ, 2005) e pela permanência do Sistema Único de Saúde, desde a década de 80 – com os programas de humanização, a criação dos Centros de Parto Normal e a iniciativa do curso de Obstetrícia na Universidade de São Paulo (USP) para a formação de obstetrias no Brasil, em 2005. Como retoma em sua tese de doutorado SENA (2016), foram passeatas contra a violência obstétrica, vídeos, blogs, cartilhas, relatos, toda uma mobilização que vem crescendo por meio de esforços, principalmente das mulheres usuárias de saúde.

Órgãos oficiais de saúde têm reforçado a necessidade de vencer os desafios da redução da mortalidade materna e da morbidade decorrentes de práticas invasivas e desaconselhadas pelos órgãos oficiais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023), além do reconhecimento do saber e da garantia do lugar de profissionais não médicos – parteiras tradicionais, enfermeiras obstetras e obstetrias – no cuidado das mulheres.

## 1.2 Encontros e Desejos que me Levaram a Esta Pesquisa – Porque Também é um Trabalho Sobre Parteiras Tradicionais

Durante minha trajetória, duas aproximações com o universo das parteiras tradicionais foram essenciais para despertar o desejo desta pesquisa. A primeira foi quando conheci dona Catarina, uma liderança tupi-guarani da aldeia Awa Porungawa Dju, em um curso sobre “Ginecologia e ancestralidade tupi-guarani”. Nesse momento, tive a oportunidade de refletir sobre como o apagamento desse saber (das parteiras tradicionais indígenas tupis-guaranis) também significava uma consequência histórica, política e social do que é considerado conhecimento legítimo.

No ano seguinte, vivenciei um encontro na Casa Angela com parteiras da etnia Sateré Mawé da cidade de Maués, no Amazonas. As parteiras realizaram oficinas sobre seus conhecimentos e práticas: massagens, óleos, tinturas, manobras e toda uma cultura de cuidado que reforçou o sentimento de “marginalidade” à ciência que

essa obstetrícia me trazia. Estar “à margem” também significa um conhecimento capaz de resistir à opressão e outras possibilidades, como traz em sua trajetória e em seu livro a autora Grada Kilomba.<sup>12</sup>



**Figura 3.** Encontro com as parteiras de Maués na Casa Angela, em 2017.<sup>13</sup>

Ouvir essas parteiras tradicionais significava estabelecer minha prática também em um posicionamento político, como pesquisadora e obstetiz. Assim, nesta pesquisa de doutorado, fui guiada pelo desejo de ouvir e documentar saberes e práticas silenciados e apagados, alvo do que Boaventura dos Santos chamou de epistemicídio (SANTOS, 2007).

Embora as obstetizes também tenham suas bases alicerçadas no conhecimento científico e biomédico e em uma hierarquia de privilégios com relação à epistemologia das parteiras tradicionais, elas têm exercido diálogos entre diversos conhecimentos e movimentado o que sugere a possibilidade de uma ecologia dos saberes, conceito que trazemos nesta pesquisa.

Minha hipótese é que esses saberes de parteiras tradicionais continuam silenciados, pois desconstruem parte de uma lógica machista, racista e patriarcal presente no conhecimento médico, por meio do movimento de atuação e resistência

<sup>12</sup> Grada Kilomba é uma reconhecida escritora interdisciplinar portuguesa, cujo trabalho, traduzido para várias línguas, tem como foco o exame da memória, trauma, gênero, racismo e pós-colonialismo. No texto, eu me refiro ao livro “Plantation memories: Episodes of everyday racism” (KILOMBA, 2020).

<sup>13</sup> Disponível em: <<https://lunetas.com.br/partejar/>>. Acesso em: 12 fev. 2023.

em suas comunidades. Ao mesmo tempo, as obstetizas o fazem por meio do diálogo das práticas baseadas em evidências, na humanização e nos direitos das mulheres.

Neste trabalho, entendemos o conceito de patriarcado segundo a definição de Saffioti (2015, p. 47), que o entende como um regime de dominação-exploração de mulheres pelos homens e define o gênero como “[...] a construção social do masculino e do feminino [...]”, sem de maneira nenhuma negar a veracidade de um e de outro, para entender como a visão da ciência moderna foi influenciada por essa abordagem na construção do conhecimento sobre o evento do parto e o corpo das mulheres.

O movimento da medicina baseada em evidência (MBE) tem possibilitado que reconhecamos de fato a importância do que há séculos fazem as parteiras tradicionais, visto que suas práticas, norteadas pelo protagonismo das mulheres, promovem maiores benefícios e menores riscos à saúde. Sobre isso discutiremos com detalhes em um capítulo posterior sobre a produção de evidências científicas que vêm deslegitimando a obstetrícia do século XIX e suas cascatas de intervenções sobre o corpo das mulheres na vivência do parto. Assim, vai havendo um reconhecendo das práticas que já são realizadas há muito tempo pelas parteiras tradicionais, tais como a liberdade da mulher de escolher a posição para dar à luz, o suporte contínuo durante a vivência do parto e o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor.

“Bruxas, parteiras e enfermeiras: uma história de curadoras”, um livro da década de 70 da autora feminista Barbara Ehrenreich, retoma o processo de oficialização da medicina à época do Iluminismo, no século XVIII, a exclusão das parteiras (EHRENREICH e ENGLISH, 1973) e o apagamento das suas práticas, que elas aprendiam umas com as outras em suas estratégias de cuidado e de sobrevivência ao regime patriarcal na Idade Média (FEDERICI, 2017).

Essas mulheres, mais tarde, seriam as “bruxas” na Europa ou “curandeiras” indígenas e afrodescendentes na terra do Brasil colonizado, que foram sendo proibidas de seguir com suas práticas e conhecimentos sobre plantas, corpos e as vivências de gestar e parir. Na Europa, elas foram acusadas de magia e julgadas nos tribunais medievais, ao passo que, nas terras colonizadas, foram excluídas da construção da obstetrícia médica e perseguidas pelo seu ofício.

Numa perspectiva antropológica, a origem da prática médica e sua institucionalização, à época do Iluminismo, especificamente no campo da ginecologia e da obstetrícia, utilizou-se da perspectiva do modelo biomédico e interpretou o corpo

feminino como uma espécie de máquina. Assim, o parto foi descrito de modo mecânico, dentro de um modelo de regularidade de tempo, desprendido de aspectos emocionais, psíquicos e espirituais (DAVIS-FLOYD, 2001). A partir da experiência de acompanhar partos sem a presença de médicos, parteiras tradicionais e obstetizes mostram nesta pesquisa como os tempos e as interferências emocionais e culturais modulam as experiências corporais do parto para cada mulher, requerendo práticas que repensem e respeitem o corpo potente das mulheres.

Na busca por entender melhor essas práticas de parteiras e obstetizes no contexto de subversão do conhecimento biomédico, esta pesquisa se propõe a registrar e compreender, a partir da perspectiva crítica de gênero e da decolonialidade do saber, os conhecimentos e as práticas de cuidado entre parteiras tradicionais e obstetizes no Brasil. Mulheres que exercem seu ofício por meio da resistência diária e de um saber que fortalece as lutas de classe, raça e gênero pelo respeito às mulheres quanto a suas decisões sobre onde e com quem parir.

Parteiras tradicionais e obstetizes podem nos ensinar caminhos subversivos e desobedientes à episteme da obstetrícia eurocentrada. Não somente no que diz respeito à sua capacidade de resistir ao patriarcado institucional médico, às represálias e proibições de suas práticas e à resistência política para que ocupem seu lugar no cuidado de saúde básica, tanto no SUS como em outros modelos, mas também por elas representarem uma alternativa à violência obstétrica que se desenha no contexto atual brasileiro.

### 1.3 O Pensamento Decolonial Para a Compreensão das Práticas de Cuidado de Parteiras Tradicionais e Obstetizes

O conceito de cuidado abre muitas vertentes teóricas e favorece o desenvolvimento de reflexões sobre a organização social do trabalho, suas mudanças ao longo da história e como sua distribuição afeta a reprodução de desigualdades e hierarquias entre grupos sociais distintos. Quando pensamos as práticas de cuidado em saúde, em especial na obstetrícia, como um modo de transformação social no ato de cuidar, expandimos a reflexão para o âmbito mais abrangente – político, social e econômico – aventamos a formulação de políticas públicas para a população, algo que Mattos (2006) propôs como práticas sociais e políticas de saúde.



Nesse sentido, as práticas de obstetras e parteiras tradicionais foram traduzidas neste trabalho como ferramentas políticas para a transformação social, diante das desigualdades sociais, econômicas e políticas implicadas na saúde e para a construção de um conhecimento que se propõe a promover equidade, aqui traduzida nos eixos das práticas baseadas na *afetividade*, *resistência* e *subversão*.

Essa dimensão política das práticas de saúde como ferramenta de mudança social também abriu caminhos para ouvir vozes do pensamento decolonial e dialogar com o conceito da colonização do saber na construção da obstetrícia enquanto ciência médica – a causa, talvez, de uma das principais origens da violência obstétrica nas práticas e da transformação de parteiras tradicionais afro-indígenas em grupos de saberes subalternizados em relação à ciência moderna.

A partir da problematização de que a colonização não acabou, vários estudos foram se adensando e construindo categorias e conceitos do pensamento decolonial, o que tornou esse um modelo conceitual complexo, que se experimenta fortemente como movimento político de resistência pelo fim da pobreza e da opressão dos povos colonizados. Para autores como Quijano (1992), a colonialidade se alicerça na racialização e no eurocentrismo, fazendo permanecer vivo o colonialismo e concretizando-o pela colonialidade do poder e do saber.<sup>14</sup> As lentes da *decolonialidade do saber* permitiram abrir uma janela para outros olhares e reconhecimentos políticos em diversas áreas do conhecimento, como a arte, a cultura, a religião e a ciência, e propuseram aprender a desaprender, por meio do que Mignolo chamou de desobediência epistêmica.

A opção descolonial é epistêmica, ou seja, ela se desvincula dos fundamentos genuínos dos conceitos ocidentais e da acumulação de conhecimento. Por desvinculamento epistêmico não quero dizer abandono ou ignorância do que já foi institucionalizado por todo o planeta (por exemplo, veja o que acontece agora nas universidades chinesas e na institucionalização do conhecimento). Pretendo substituir a geo- e a política de Estado de conhecimento de seu fundamento na história imperial do Ocidente dos últimos cinco séculos, pela geo-política e a política de Estado de pessoas, línguas, religiões, conceitos políticos e econômicos, subjetividades, etc., que foram racializadas (ou seja, sua óbvia humanidade foi negada). Dessa maneira, por “Ocidente” eu não quero me referir à geografia por si só, mas à geopolítica do conhecimento. Conseqüentemente,

---

<sup>14</sup> A colonialidade do saber baseia-se na noção de dicotomia sujeito *versus* objeto, estabelecendo como sujeito o *conhecimento da Europa* e como objeto, e não humano, os *povos colonizados*, como é o caso da obstetrícia como ciência e sua produção através do olhar de um grupo específico de homens brancos europeus, que desprezaram, a partir de uma noção científica branca e eurocentrada, outros conhecimentos dos povos originários.

a opção decolonial significa, entre outras coisas, aprender a desaprender [...] (MIGNOLO, 2008, p. 290).

A decolonialidade do saber como movimento de resistência por meio de alternativas não eurocêntricas da ciência pode se inspirar no pensamento pós-abissal e sua proposta de epistemologias do sul (SANTOS, 2007)<sup>15</sup>, que neste trabalho inspirou a análise das práticas de parteiras e obstetrizes. Estas constroem estratégias de cuidado em seus campos de relações para rechaçar as diversas formas de violência que são fruto da visão eurocêntrica branca, racista e classista por parte da ciência que se constituiu no campo da obstetrícia.

Para essa análise, é preciso lembrar que a América está resistindo a essa violência há mais de 500 anos. Um genocídio das populações indígenas nativas do que os portugueses chamaram de Brasil seria o palco para também a maior migração forçada de africanos para a colônia portuguesa. Nos últimos séculos, as elites que se formaram no Brasil continuaram o processo de apagamento da cultura indígena e africana, sob a disfarçada ideia de “democracia racial” (RIBEIRO, 2019).

O etnocídio e o marco temporal<sup>16</sup>, além da eliminação escancarada de vidas negras que se desintegraram na pandemia da chamada covid-19, também são um desdobramento da epidêmica desigualdade social e étnica no país. Não é um acaso que a maior quantidade de mortes maternas tenha sido de mulheres negras<sup>17</sup> desde o início da pandemia, em março de 2020.

---

<sup>15</sup> As epistemologias do sul propostas por Boaventura de Sousa Santos despertam uma esfera de conhecimentos inspirada e construída na resistência de lutas e vivências de grupos que têm sofrido com a injustiça e as diversas formas de opressão da vida. O autor traz o conceito de justiça cognitiva, que é o reconhecimento e o compartilhamento de outros saberes e a descolonização dos saberes hegemônicos que são construídos pela ciência moderna – nesse contexto, a própria ciência médica da obstetrícia.

<sup>16</sup> A interpretação do marco temporal, defendido por ruralistas, considera que os indígenas só teriam direito à terra se estivessem sob sua posse no dia 5 de outubro de 1988, data da promulgação da atual Constituição, ignorando as históricas violações que esses povos sofreram ao longo dos anos. Disponível em: <[https://www.conectas.org/noticias/marco-temporal-entenda-a-importancia-do-julgamento-no-stf-para-os-indigenas/?gclid=CjwKCAjwwdWVBhA4EiwAjcYJELx-UGNKIA645hSbO5nYfjKcGgg4L75YkufQwcuK-HTddkb9oVwLxoCzVYQAvD\\_BwE](https://www.conectas.org/noticias/marco-temporal-entenda-a-importancia-do-julgamento-no-stf-para-os-indigenas/?gclid=CjwKCAjwwdWVBhA4EiwAjcYJELx-UGNKIA645hSbO5nYfjKcGgg4L75YkufQwcuK-HTddkb9oVwLxoCzVYQAvD_BwE)>. Acesso em: 24 jun. 2022.

<sup>17</sup> Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1317-mortalidade-materna-por-covid-entre-negras-e-duas-vezes-maior-que-entre-brancas-diz-doutora-em-saude-durante-live-do-cns>>. Acesso em: 24 jun. 2022.

O racismo foi inventado pela branquitude, que como criadora deve se responsabilizar por ele. Para além de se entender como privilegiado, o branco deve ter atitudes antirracistas. Não se trata de se sentir culpado por ser branco: a questão é de se responsabilizar. Diferente da culpa, que leva à inércia, a responsabilidade leva à ação. Dessa forma, se o primeiro passo é desnaturalizar o olhar condicionado pelo racismo, o segundo é criar espaços, sobretudo em lugares que pessoas negras não costumam acessar (RIBEIRO, 2019, p. 14).

Inspirada a partir das palavras de escritoras negras, também reconheço meu lugar de privilégio, como mulher branca da classe média que busca a construção política antirracista na minha vida pessoal e profissional. Sigo então o conselho da escritora Conceição Evaristo sobre procurar a “genealogia dos conceitos” para não esvaziar seus significados e a história daquelas que os construíram. Com as parteiras tradicionais e obstetrizes, pretendo todo o tempo ouvir sua voz, a partir de uma perspectiva de “escrevivência” – conhecimento construído a partir de suas vivências e do reconhecimento delas como detentoras de saberes que vêm sendo silenciados pelo racismo estrutural inerente à produção científica.

Eu venho trabalhando com esse termo desde 1994, 1995, quando eu faço a minha dissertação de mestrado, e aí eu começo a fazer um jogo entre escrever-viver, escrever-se-ver, escrever-se-vendo, escrevendo-se, até chegar ao termo escrevivência. Mas o ponto de nascimento dessa ideia traz um fundamento histórico, que é esse processo de escravização dos povos africanos, e eu estou pensando muito nas mulheres africanas e suas descendentes escravizadas. **E por isso que eu digo: “a nossa escrevivência não é para adormecer os da casa grande, e sim para acordá-los de seus sonos injustos”.**<sup>18</sup>

Como reitera a escritora, se antes as mulheres negras escravizadas contavam histórias para adormecer a prole branca, hoje elas escrevem para que acordem de seus sonhos injustos<sup>19</sup>. Estudar sobre a *decolonialidade do saber* e fazer esta pesquisa, ouvindo as entrevistadas – mulheres indígenas e ribeirinhas da Amazônia, negras e brancas obstetrizes de São Paulo –, também me fazia acordar para como as práticas da obstetrícia que estamos construindo podem dar voz ou fazer calar essas

<sup>18</sup> Trecho de entrevista da internet com a escritora Conceição Evaristo. Disponível online em: <[https://www.geledes.org.br/conceicao-evaristo-a-escrevivencia-das-mulheres-negras-reconstrui-a-historia-brasileira/?gclid=Cj0KCQjwio6XBhCMARIsAC0u9aFMIsxQ0ROkAHidKOsDLc\\_MudJLurlVn4XkOXBy\\_KPrSW7d0UMSuicaAjzaEALw\\_wcB](https://www.geledes.org.br/conceicao-evaristo-a-escrevivencia-das-mulheres-negras-reconstrui-a-historia-brasileira/?gclid=Cj0KCQjwio6XBhCMARIsAC0u9aFMIsxQ0ROkAHidKOsDLc_MudJLurlVn4XkOXBy_KPrSW7d0UMSuicaAjzaEALw_wcB)>. Acesso em: 29 jul. 2022.

<sup>19</sup> Conceição Evaristo, em entrevista. Disponível em: <[www.youtube.com/watch?v=6pCq9E-d8\\_o](https://www.youtube.com/watch?v=6pCq9E-d8_o)>. Acesso em: 24 jun. 2022.

mulheres que resistiram e resistem diariamente ao racismo e ao machismo estrutural de nossa sociedade.

*“E eu deixo o desafio pra qualquer presidente, pra qualquer médico ou especialista. Se ele garante fazer o parto de uma mulher dentro de uma baleeira<sup>20</sup> ou dentro de um quarto de banheiro, ou dentro de uma cozinha de casa de farinha.<sup>21</sup> Que ela teve dor, caiu e não teve como chamar. Porque ele está acostumado a fazer numa sala onde a posição dele fica no umbigo. Será que ele vai se arreganhar do jeito que uma parteira se arreganha do ponto que tá uma mulher pra parir?”* (Trecho de entrevista com a parteira tradicional Tabita, ex-presidenta da APTAM)

Com base na discussão proposta até aqui, o pensamento colonial de dominação e exclusão de outros saberes mantém o conhecimento médico como fonte hierárquica para a manutenção da opressão de médicos a parteiras na história que se inscreve no Brasil desde a formação das primeiras escolas médicas, no Rio de Janeiro. O que vivemos até agora é uma complexa dinâmica de processos históricos de violência e apagamento e também de resistências que possibilitam estratégias de sobrevivência de outros conhecimentos, que não foram escritos por homens da academia no século XVIII.

A injustiça epistêmica é um termo cunhado pela filósofa Miranda Fricker (2017), em referência a grupos dominantes com privilégios específicos que descredibilizam outros grupos com base no preconceito de identidade e que constitui um imenso conjunto de injustiças sistemáticas a outros destituídos de poder.

Existem dois resultados imediatos ao iniciar o pensamento filosófico de alguém a partir da experiência (parcialmente imaginada) de marginalização ou impotência. A primeira é que o foco inicial está fadado a ser interpessoal ou transacional. As experiências em questão são concretas, tendendo a envolver indivíduos reagindo uns aos outros, mantendo relações de poder uns com os outros. Enfocar tais experiências é trazer à tona todas as microagressões e injustiças que ocorrem e indicam formações de poder mais estruturais e macro. A segunda é que o foco inicial também deve estar na disfunção, e não no bom funcionamento, nas falhas da justiça ou da razão, e não nos sucessos (FRICKER, 2017, p. 10).

O termo também dialoga com o conceito de injustiça cognitiva de Boaventura Santos (2018a), quando o autor sugere que não poderia haver uma justiça global sem

---

<sup>20</sup> Baleeira é uma espécie de bote salva-vidas comum nas regiões de comunidades ribeirinhas e disponibilizada pelas Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

<sup>21</sup> A casa de farinha é um espaço dentro da comunidade ribeirinha para a produção de farinha de mandioca, que serve de base alimentar e abastece o comércio local.

a justiça cognitiva, ou seja, uma conversa entre conhecimentos de diversas partes do mundo. Nesse sentido, decolonizar significa conseguir ampliar a visão de mundo, permitindo um constante diálogo entre os conhecimentos.

O desafio que se estabeleceu neste trabalho apoiou-se no pensamento decolonial para entender como e por que alguns conhecimentos são legitimados e permitem que categorias profissionais acessem determinados lugares e experiências, implicando as inúmeras iniquidades em saúde vividas pelas mulheres brasileiras no cenário da assistência ao parto.

## PARTE II – REFERENCIAL TEÓRICO

### 2 EPISTEMES DA OBSTETRÍCIA MÉDICA E AS QUESTÕES DE GÊNERO

Trata-se de uma bibliografia clássica, pois vem sendo utilizada no curso ao longo de décadas. A reedição de livros-textos parece, aliás, ser uma tradição na área, a qual não se restringe apenas ao Brasil, sendo frequente a revisão, ampliação e atualização dos livros, inclusive por outros autores (HOTIMSKY, 2007, p. 47).

Os livros-textos de obstetrícia escritos por médicos do início do século XX são ainda hoje referência básica para estudantes nas mais prestigiadas escolas de medicina do país (HOTIMSKY, 2007). Essas obras partem de uma episteme do corpo feminino defeituoso (DINIZ, 1996) que alimenta o paradigma de uma obstetrícia corretiva sobre o corpo das mulheres. Inúmeras e invasivas manobras ou intervenções em mulheres em trabalho de parto são realizadas sempre em razão da necessidade de “corrigir” o corpo defeituoso para que o parto possa acontecer.

A episteme da concepção do *corpo defeituoso* das mulheres que direcionou o pensamento e a escrita médica na área da ginecologia e obstetrícia no século XX iniciou-se nas inúmeras definições e diferenciações sobre o sexo que influenciaram as teorias médicas sobre o corpo feminino e as noções de gênero durante a história (ROHDEN, 2001; 2003). Algumas delas tornaram-se divisores de água na ciência desse campo, implicando diversas interpretações a respeito do parto, a depender do contexto histórico e cultural.

Tomaremos como ponto de partida a diferenciação entre os sexos no século XVIII, entendendo seus desdobramentos nas concepções de gênero no contexto social, intelectual e das ciências médicas, que reproduziram um lugar específico de conhecimento na obstetrícia (ZORZAM, 2013). Segundo Laqueur (2001), no modelo dos gregos, a definição dos sexos estabelecia que a biologia feminina estava em diferença àquela dos homens devido a um grau de imperfeição da natureza. Homens e mulheres possuíam testículos, que se mostravam interna ou externamente, a depender do grau de calor que cada corpo recebera, o que justificava, assim, a existência de um único sexo.

A existência de dois sexos só foi concebida após o Iluminismo, quando a revolução científica mudou seu paradigma para entender o físico da natureza. Essa

interpretação não abarcou somente o plano da cientificidade médica, mas também modificou as dinâmicas das relações sociais entre homens e mulheres. Toda a produção científica sobre o esmiuçamento dos órgãos e suas funções fisiológicas seguiu o pressuposto da inferioridade feminina (ROHDEN, 2001; 2003) e embasou a construção da ginecologia e obstetrícia.

Até o século XVI, o cuidado das doenças das mulheres não chamava a atenção dos médicos. Toda a vida sexual e reprodutiva delas estava sob os cuidados das parteiras, até o aparecimento de manuscritos da obstetrícia médica, o que teria ocorrido no século XVII, com o próprio advento do fórceps, criado por Peter Chamberlen (DINIZ, 1996). Nesse período, sofisticava-se o desenvolvimento de aparatos e técnicas para o controle do parto, como a mensuração da pelvimetria por Baudelocque; o ensino e a pesquisa na área da obstetrícia desenvolveram-se com a criação dos cursos para parteiros (médicos), especialmente na Europa.

No Brasil, as primeiras escolas médicas foram criadas logo após a chegada de dom João VI, no início do século XIX, quando se desenvolveu a noção de medicina voltada para a sociedade e surgiram as primeiras escolas médicas brasileiras. O controle das parteiras também veio a ocorrer nessa época, quando foi exigido que elas obtivessem diploma para a prática da atividade, o que restringiu sua atuação às novas instituições de saúde que surgiam no país (Rohden, 2001; 2003).

Como no livro “Para seu próprio bem”, de Barbara Ehrenreich e Deirdre English, sobre a transição entre médicos e parteiras e a disputa de poderes no início do século XX:

Os obstetras também acrescentaram novos perigos ao processo do parto. Ao contrário da parteira, o médico não estava disposto a ficar sentado horas, como disse um deles, “olhando um buraco”. Se o trabalho de parto estivesse muito lento para o tempo de que dispunha, o médico usava uma faca ou um fórceps, em geral perdendo a mãe ou a criança (EHRENREICH e ENGLISH, 2003, p. 110).

Conseqüentemente, os médicos foram normatizando as práticas sobre a saúde das mulheres, além de suas moralidades na vida social. Como explica Rohden (2001, p. 62):

A autoridade de ginecologistas e obstetras sobre o comportamento das mulheres no final do século XIX ultrapassa em muito o domínio dos consultórios. E principalmente ultrapassa o domínio do físico, do orgânico ou mesmo do psíquico, para se instalar na vida moral. A crescente especialização médica sobre o corpo feminino aliada ao clima intervencionista mais geral que caracteriza a medicina do século passado são fatores implicados nesse processo.

A própria especialização da ginecologia seguia os mesmos conceitos do corpo “defeituoso” das mulheres. As teorias do fim do século XIX e início do XX afirmavam que o estado “normal” ou fisiológico da mulher era doentio. A menstruação seria uma constante ameaça, que, presente ou não, era causadora de problemas às mulheres. Segundo o presidente da Sociedade Americana de Ginecologia, em 1900:

Muitas jovens ficam para sempre enfermas, a partir do início da puberdade; se passarem por essa fase sem mazelas e não se despedaçarem no rochedo do parto, podem ainda encalhar na menstruação ou por fim, na menopausa, onde ficam as águas calmas do porto que as tempestades não atingem (EHRENREICH e ENGLISH, 2003, p. 124).

Como consequência da “suposta” fragilidade do corpo feminino e da necessidade de intervenções, o parto passou a ser confinado em hospitais. Ao mesmo tempo, as parteiras também eram excluídas do processo – o corpo feminino já havia passado para o controle do conhecimento médico, predominantemente masculino. O trabalho da socióloga Sônia Hotimsky, que realizou uma pesquisa etnográfica sobre a formação médica em obstetrícia, reafirma que essa é uma área “pouco dinâmica” e que as controvérsias e debates entre as antigas teorias do início do século XX e as novas evidências científicas nem sequer existem na faculdade de medicina. Trata-se, portanto, de “preservar uma tradição”:

Percebe-se que para estes organizadores, o sentido de atualizar e reeditar o livro é o de preservar uma tradição a qual se filiam, perpetuando a “escola de obstetrícia” criada por Raul Briquet (...). Nota-se então que essa escola se configura como uma verdadeira genealogia de elites institucionais e de poder no campo da obstetrícia (HOTIMSKY, 2007, p. 52).

Se as concepções de gênero delinearam a hierarquia dos corpos e dos lugares das mulheres na medicina e na sociedade, as dimensões de raça também se faziam presentes na ótica do conhecimento médico moderno, direcionando muitas pesquisas e conceitos racistas durante a história da obstetrícia médica. Essa reflexão foi retomada recentemente, em 2018, quando um caso veio à tona: uma estátua do médico Marion Sims foi removida do Central Park, em frente à Academia de Medicina de Nova York. Ele havia sido homenageado por ser considerado o “pai da medicina moderna”, ao ter desenvolvido técnicas cirúrgicas para a fístula vesicovaginal,



abusando sistematicamente do corpo e da vida de mulheres negras escravizadas no Alabama, em 1840.

Anarcha, Betsy e Lucy foram as três mulheres negras operadas sem anestesia, e por diversas vezes, até que a técnica da cirurgia de Sims fosse finalizada. Cada uma delas passou, acordada, por cerca de 30 procedimentos para que a técnica fosse finalmente refinada, mas não se sabe o que aconteceu com elas nem as implicações que viveram depois. Apesar de toda história que envolve racismo e violência, Sims fundou o hospital da mulher em Nova York e foi nomeado presidente da Associação Médica Americana.



**Figura 4.** *J. Marion Sims: cirurgião ginecológico, de "A história da medicina".*<sup>22</sup>

Outro momento importante em que a história da medicina se alimentou do racismo para estruturar seus conhecimentos foi a época das classificações das pelves, no início do século XX, quando cientistas realizaram uma série de interpretações das pelves ósseas femininas a depender de fatores raciais, sendo a ginecoide, típica das mulheres brancas, considerada superior em termos de qualidade reprodutiva (HOTIMSKY, 2008). Em sua pesquisa, a antropóloga assume que ainda hoje o termo “vício pélvico” é utilizado para designar as bacias que fogem do padrão “ginecoide” e indicar cesáreas, reafirmando as mulheres como “potencialmente patológicas” (DINIZ, 1996; MARTIN, 2006).

<sup>22</sup> Óleo sobre tela, produzido entre 1948 e 1964, pelo artista comercial Robert Thom. Disponível em: <https://exchange.umma.umich.edu/resources/41241/view>. Acesso em: fevereiro de 2023.

Nota-se que a análise comparativa empregada na construção dessa tipologia é norteadada pela contraposição de marcadores de diferenças e desigualdades sociais, ordenados hierarquicamente, os quais são naturalizados enquanto distinções “sexuais”: andróide / ginecóide; “raciais”: “raça” branca / “raças mais avançadas e civilizadas” / “raças inferiores”; e de espécie: “humana”: “ultrahumana” / “animalesca”. Inspirados nas teorias evolucionistas sociais, esses autores, construiriam seu próprio modelo conjectural da evolução dessas formas de bacia na espécie humana (HOTIMSKY, 2008, p. 5).

Ainda hoje, a episteme do corpo defeituoso, como uma problemática do campo do gênero, subjuga as mulheres à inferioridade de seu corpo e capacidade reprodutiva, o que se traduz, a despeito das novas práticas baseadas em evidência, nas inúmeras intervenções desnecessárias no parto, associando maiores riscos e danos às mulheres, como pudemos conferir no último inquérito “Nascer no Brasil” (LEAL et al., 2014).

### **3 RESISTINDO PARA EXISTIR: PARTEIRAS TRADICIONAIS E OBSTETRIZES NO BRASIL**

A história da formação de parteiras no Brasil é uma longa disputa por espaço e autonomia entre os campos da medicina, o saber médico e as questões de gênero – que, inclusive, limitaram durante muitos anos a possibilidade de mulheres cursarem as faculdades no início do século XIX.

No Brasil, as parteiras estiveram presentes na cena dos partos e circulavam pelas camadas sociais exercendo seu trabalho longe dos médicos e cirurgiões (pouquíssimos) no século XIX. Só no começo do século XX iniciou-se o fenômeno da hospitalização e surgiram as técnicas de parto, que eram criadas e recriadas à luz do modelo biomédico, como nos conta a historiadora brasileira Maria Lúcia Mott (1999), que reconstruiu na literatura histórica as profissões de parteira e obstetrix no país a partir de uma perspectiva de gênero.

A historiadora recorre aos materiais documentais disponíveis que tratam de parteiras, diplomadas e não diplomadas, para explicar como surgiu e se consolidou a figura dessa profissional como sujeito “ignorante” e em qual medida a medicina estabeleceu um papel importante nessa definição, que até hoje impacta as relações e hierarquias entre médicos e parteiras (MOTT, 1999).

Retomando um pouco da leitura histórica que a autora traz em sua pesquisa, é possível compreender como as parteiras tiveram sua prática cerceada todo o tempo pela Fisicatura-Mor, que, na época do Império, estabeleceu-se como uma espécie de órgão controlador das práticas que envolviam a medicina.

As parteiras disponíveis na época eram mulheres de classes sociais distintas, entre elas mulheres negras escravizadas que acompanhavam o parto das famílias coloniais e de suas comunidades de mulheres escravizadas da região. Por outro lado, as senhoras donas dos engenhos, assim como estrangeiras com formação de parteira, também assistiam os partos.

A partir da vinda da família real ao Brasil e da implementação de medidas sanitárias na colônia, em 1808, as parteiras precisaram de uma regulação oficial para o ofício. Nesse sentido, a avaliação era realizada por médicos, e as parteiras precisavam apresentar uma carta escrita pelo físico-mor da região em que viviam para

comprovar sua experiência. As disputas entre esses saberes e o controle exercido pelos médicos ficam claros quando a autora ressalta:

A documentação mostra também alguns sinais de disputa profissional entre médicos e parteiras. A parteira e curandeira parda forra Romana de Oliveira foi denunciada em 1813, pelo cirurgião L. José de Oliveira, por partejar e curar sem autorização. A denúncia, porém, não teve apoio da comunidade. A parteira foi defendida por pessoas proeminentes da Freguesia de São Gonçalo (Rio de Janeiro), entre elas o pároco e o tenente-coronel Roberto Pinto Fontoura, nas terras de quem era lavradora (MOTT, 1999, p. 4).

Embora os médicos cirurgiões estivessem presentes na cena somente quando os partos se tornavam mais difíceis, toda a prática das parteiras no cuidado das mulheres era avaliada por eles. O uso de elixires e outras técnicas foi aos poucos julgado e banido pelos médicos. Parteiras que se utilizassem de tais práticas eram denunciadas e deviam passar por julgamento sob testemunhos.

No entanto, os cursos de medicina que existiam na Bahia e no Rio de Janeiro não preparavam profissionais médicos a “realizar partos”, como vemos neste depoimento de um estudante da época:

Não havia aula prática, já que não havia uma clínica de partos. Anselmo da Fonseca relembra seu aprendizado: "A monotonia daquele curso fastidioso só era quebrada pelos manejos realizados sobre um manequim, que, com alguns esqueletos de bacia, úteros e fetos artificiais e diversos instrumentos, constituíam os únicos elementos com que se deveriam habilitar e formar os futuros parteiros. No fim do ano, os estudantes eram aprovados sem terem jamais assistido a um parto, nem uma vez sequer praticado o simples toque" (MOTT, 1999, p. 8).

A autora chama atenção para o fato de as práticas médicas da obstetrícia nessa época serem inseguras, quando o próprio dom Pedro II chamou os obstetras franceses para vir acompanhar dona Isabel, que já havia sofrido com a perda de um filho no momento do parto, supostamente mal assistido por médicos da época. Como ela explica:

Apesar da precária formação em obstetrícia dos estudantes de medicina, a força e a credibilidade do discurso médico, ao desqualificar as parteiras, persistiu como dominante, o que acabou por atribuir aos próprios médicos uma competência clínica que eles estavam longe de possuir; era como se por um passe de mágica, da noite para o dia, a posse do diploma da Faculdade de Medicina tornasse os alunos de ontem profissionais melhores do que as parteiras, pouco importando o tempo de prática e a experiência que elas tivessem acumulado (MOTT, 1999, p. 8).

A legitimação do discurso médico a respeito do corpo das mulheres em detrimento daquele das parteiras no Brasil excluiu toda prática e conhecimento das parteiras de até então. Assim, o curso de partos anexo à Faculdade de Medicina, no Rio de Janeiro, passou a existir em 1832, e a maioria das parteiras que conseguiu concluí-lo foi a daquelas estrangeiras, dado o fato de que possuíam maior nível de escolaridade.

Já no fim do século XIX, iniciou-se um discurso por parte dos médicos sobre a necessidade de que as parteiras devessem também ser enfermeiras:

A associação do trabalho da parteira e da enfermeira foi sendo cogitada já no final do século XIX, quando médicos brasileiros passaram a propor a formação profissional de parteiras que fossem também enfermeiras. Com essa perspectiva, buscavam-se mudanças na atuação das parteiras, limitando sua prática independente, restringindo e controlando seu espaço na assistência ao parto e impondo a hierarquia estabelecida para as enfermeiras, especialmente no hospital (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002, p. 450).

Em decorrência do intenso processo de hospitalização do parto no início do século XX, as parteiras e enfermeiras também iniciaram uma disputa por local e competência de trabalho, além das mudanças no âmbito da legislação, que implicaram no fechamento dos cursos de parteira no Rio de Janeiro, em 1925, e em São Paulo, em 1927.

O aparecimento dos cursos de enfermagem obstétrica deu-se em 1939, quando foi fundado o curso de Enfermagem Obstétrica, anexo à clínica obstétrica da Escola Paulista de Medicina. Só em 1949 houve mudanças na legislação, e as escolas de enfermagem passaram oficialmente a formar enfermeiras obstétricas (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002).

Não há muitas explicações para que em 1960 fosse criado o curso de partos, na Escola de Obstetrícia anexa ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da USP. Ao que parece, as parteiras historicamente sempre foram vistas como um grupo dissidente, independente e, por isso também, mais alinhado às necessidades das mulheres, e não dos médicos (o que implicava em riscos à ordem cristã sobre abortos, infanticídios e contracepção).

O curso de obstetrícia anexo à Faculdade de Medicina da USP durou apenas 11 anos; ele foi extinto sob o que postulava o Art. 6º do Estatuto da USP, que não

admitiria mais a duplicação de formações semelhantes em um mesmo município. O curso passou então para a tutela da Escola de Enfermagem da USP.

As obstetrizas que se formaram até a década de 1970 no Brasil foram ensinadas a intervir no processo fisiológico a partir do paradigma da medicalização e hospitalização do parto, ou, como abordamos anteriormente, sob a perspectiva do modelo tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001).

É nesse cenário de controle das parteiras entre a medicina e a própria enfermagem, mais tarde, que a prática das obstetrizas, atualmente, se reconstrói com forte influência sobre os cursos de *midwives*<sup>23</sup> de outros países e da parteria<sup>24</sup> da América do Sul, influenciada por um novo modelo de cuidado com as práticas baseadas em evidências, de cuidado focado nas necessidades das mulheres e dos princípios da humanização (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2019).

A proposta de um novo curso de obstetrícia surgiu com a necessidade de debater e pensar sobre a formação das enfermeiras obstétricas, dados os altos custos de tempo da formação e a pequena quantidade daquelas profissionais que continuavam na área após formadas (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002).

Os debates que se seguiram em seminários da Abenfo (Associação Brasileira de Ostetrias e Enfermeiros Obstetras) tentaram delinear quais as necessidades para a formação de profissionais que pudessem melhorar a qualidade da assistência a mulheres e bebês, no contexto brasileiro, em que persistiam as altas taxas de cesárea e o excesso de intervenções inapropriadas na assistência ao parto.

Discutia-se a necessidade de um curso que conseguisse dar conta de transformar o paradigma da medicalização de cuidado ao parto, compreendendo-o como experiência para além das questões estritamente biológicas. Foi nesse cenário que o curso atual de Obstetrícia da Universidade de São Paulo foi recriado, independente da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem. Como nos conta Dulce Maria Rosa Gualda (2017), a principal idealizadora do projeto, havia muitas razões para acreditar em uma nova proposta de ensino e suas práticas:

---

<sup>23</sup> Os cursos de *midwives* na Europa e nos Estados Unidos continuaram a coexistir com os de enfermagem. Já no Brasil, passou a haver a cisão conforme tratamos rapidamente no contexto brasileiro.

<sup>24</sup> A parteria abrange o cuidado prestado às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto e os cuidados com o recém-nascido. Prevenção de doenças, detecção de anomalias, aplicação de medidas emergenciais quando necessário, segundo a definição da OMS. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/409451282/OMS-Parteria>>. Acesso em 12 set. 2023.

Muito nos incomodava a forma que a assistência era prestada. Encontrávamo-nos diante de uma questão ética e de responsabilidade diante da desassistência da mulher. Passamos então a vincular a perspectiva de formação qualificada ao resgate da qualidade da assistência ao parto e vislumbrando sua humanização. Foi neste processo que se começou a falar, entre outras medidas, na criação de diferentes entradas para a formação do profissional que viesse a atuar na área e sobre locais alternativos para assistência ao parto (SOARES, 2016, p. 65).

A grade curricular do curso atual de Obstetrícia contempla disciplinas que abrangem aspectos dos constructos de gênero em saúde, antropologia do nascimento, saúde pública, direitos sexuais, direitos reprodutivos e medicina baseada em evidências. O projeto prevê que os(as) estudantes sejam capacitados(as) para acompanhar a mulher de forma integral, utilizando práticas integrativas em saúde, como aromaterapia, entre outras.<sup>25</sup>

A Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo foi inaugurada em 2005 com uma proposta de interdisciplinaridade e a criação de novas graduações. A de Obstetrícia é uma delas, desvinculada dos cursos de Enfermagem e de Medicina, para a formação de um profissional capacitado em atuar de forma autônoma nas instituições públicas e privadas (hospitais, centro de parto normal, unidades de saúde, domicílio e casas de parto). O curso tem como principal parâmetro os princípios da humanização e os direitos das mulheres:

A primeira turma do curso a se formar passou por inúmeras dificuldades para o exercício da profissão, até que, em decisão judicial, o Conselho Federal de Enfermagem foi obrigado a credenciar esses profissionais em 2013, com a validade da lei de exercício profissional – a Lei Nº 7.498/86 (BRASIL, 1986).

A luta pela inserção na Atenção Primária do SUS e nos concursos públicos em hospitais persiste na trajetória da maioria das obstetrizes formadas. Mesmo após 15 anos de existência da graduação, elas ainda enfrentam muitas dificuldades para a inserção e reconhecimento profissional (SOARES, 2016; RIESCO et al., 2011).

As obstetrizes formadas pela EACH-USP articulam um novo saber entre as tecnologias inseridas no novo contexto de humanização do parto e nascimento (práticas baseadas em evidências) e a luta feminista pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Há ainda uma inicial tentativa de discutir sobre outras

---

<sup>25</sup> Para mais informações sobre a grade curricular do curso, é possível acessá-la pelo site da EACH-USP. Disponível em: <<http://www5.each.usp.br/bacharelado-em-obstetricia/>>. Acesso em: 10 jan. 2023.

práticas que dialogam fora do contexto biomédico, como é o caso de algumas disciplinas optativas sobre as chamadas terapias integrativas em saúde.<sup>26</sup>

A antropóloga Robbie Davis-Floyd (2007) analisa a cena histórica do parto em diversas culturas e aprofunda a discussão polêmica sobre quem são as *midwives* (parteiras com formação) atualmente. A autora acredita que esse seja um desdobramento do fenômeno da obstetrícia pós-moderna, que ela explica em seu artigo intitulado “Filha do tempo: a parteira pós-moderna”. A obstetrícia pós-moderna seria distinta daquela que é fruto da biomedicina moderna, tendo emergido de um engajamento político, social e culturalmente sensível sobre o tema da saúde das mulheres.

Essas *midwives* com formação entram em conflito com pressões e personagens do modelo biomédico na cena do parto, que entende o médico como figura central e superior, ao mesmo tempo que tendem a dialogar com outros saberes de forma a respeitar e garantir que parteiras tradicionais possam existir nos locais onde são reconhecidas pelas próprias mulheres (DAVIS-FLOYD, 2007). Essa reflexão da autora nos ajuda a localizar melhor como o novo curso de Obstetrícia pode facilitar a formação de obstetrias que dialogam com outros saberes, subvertendo a lógica histórica da colonização médica na formação e proporcionando abertura para outros diálogos de conhecimentos.

A autora pesquisou o parto no México, no Japão e na Holanda e garante que onde há mais médicos há menos parteiras autônomas. O tema é conflitante, a depender dos valores que a cultura e os instrumentos de poder, como as legislações e o próprio governo, também normatizam sobre quem pode estar no parto e como ele deve acontecer.

Nessas tensões que se organizam entre hierarquias de poder (e aqui cabe mencionar as diretrizes e os programas nacionais de saúde), as parteiras com formação, ou chamadas pela autora de *pós-modernas*, constroem seus modelos de

---

<sup>26</sup> “Em meados dos anos 80, com a oitava Conferência Nacional de Saúde, incorpora-se a discussão sobre a necessidade de ruptura com o modelo hegemônico de saúde, elucidando outros saberes e práticas em saúde. Assim, políticas públicas foram sendo pensadas para abranger outras abordagens do processo de saúde-doença. (...) As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir diversas doenças como depressão e hipertensão. Em alguns casos, também podem ser usadas como tratamentos paliativos em algumas doenças crônicas. Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, de forma integral e gratuita, 29 procedimentos de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) à população.” Disponível no site oficial do MS: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>>. Acesso em: 10 jan. 2023.



cuidados e sua identidade ao dialogarem permanentemente com as parteiras tradicionais disponíveis. Ao mesmo tempo, parteiras tradicionais pós-modernas também incorporam dimensões biomédicas e equipamentos de saúde, por exemplo, o estetoscópio de Pinard. Todas as identidades profissionais estariam permanentemente em mudança, de acordo com seu tempo histórico (DAVIS-FLOYD, 2007).

Em especial para os cientistas sociais, uma parteira não é definida somente pelo modelo de cuidado que ela exerce, mas em termos de seu papel social e comunitário na vida das mulheres. Ou seja, a validação de ser parteira passa a ser das mulheres que vivenciam o evento do parto, e não somente dos órgãos reguladores de educação e saúde do local onde vivem.

*É... Me tornei assim parteira ajudando, né, me chamavam para ajudar, minha avó, mãe da minha mãe, era parteira-chefe, né, e eu sempre percebia... Ela falava, ensinava e dizia: "Minha filha, vocês têm que aprenderem porque eu não sou de raiz, um dia eu posso partir, e fica vocês né, para assumir no meu lugar". Minha avó era parteira, né... Aí me criei vendo as experiências que ela tinha, que ela contava, que ela dizia, né, aquilo a gente foi... captando assim para a gente, né, aquelas experiências, experiência, experiência. Aí, quando chegou uma época, foi lá que eu falei morei no Japurá, né, no Japurá. Eu, a minha irmã, né, ela não tinha ninguém, para fazer o parto dela, ela esperava num mês, teve no outro, não tinha como procurar parteira, né, aí foi eu que... Foi meu primeiro parto. (Dona Joana, parteira tradicional)*

Há inúmeras tentativas de controle sobre quem pode estar responsável tecnicamente na cena do parto, quando consideramos esta uma questão epistemológica e geopolítica, como na perspectiva da antropóloga brasileira Portella (2017). A autora também assume que a hierarquia profissional nesse campo de atuação é estruturada pela colonialidade dos saberes e pela exclusão social dos saberes tradicionais, o que dificulta a possibilidade de um modelo de cuidado descentralizado do poder biomédico.

Na opinião da antropóloga, essa perspectiva pode elucidar "[...] vias de desconstrução dos privilégios garantidos pela centralidade médica, criando espaços de subversão dos saberes hegemônicos e abrindo caminhos de reconhecimento e de valorização dos saberes contra-hegemônicos" (PORTELLA, 2017, p. 232). Para tanto, ela reforça a necessidade de mais estudos focados no cuidado das mulheres, como propõe esta pesquisa.

Com relação às terminologias disponíveis e complexas no mundo todo, a depender da cultura e da localidade geográfica mundial, temos uma variedade de denominações para aqueles(as) não médicos(as) que estão na assistência a mulheres e bebês, no contexto brasileiro: parteiras tradicionais, parteiras urbanas<sup>27</sup>, obstetrites, enfermeiras obstetras, parteiras, médicos obstetras e parteiras na tradição. Dentro da própria formação de obstetrites, há discordâncias a respeito de como cada uma se identifica com o termo “obstetritz”, “parteira urbana” ou, ainda, simplesmente “parteira”.

Definir a legitimidade de cada termo é bastante complexo quando adentramos as diversas contradições e desafios epistemológicos para explicar cada um desses grupos, que têm trajetórias de conhecimento distintas. Como propõe Boaventura Santos (2007), integrar as lutas e interagir com os pontos de convergência, entendendo a possibilidade de uma tradução intercultural diante do nosso convencimento de incompletude, constrói a possibilidade de uma *rede de saberes em luta* pela razão comum de assistir e oferecer o melhor à saúde de mulheres e bebês na cena do parto.

A partir do pressuposto de que nenhum movimento social pode ter êxito por si só, torna-se necessário operacionalizar a ecologia de saberes, ouvindo profundamente os grupos excluídos (nesse caso, aqueles não hegemônicos, como o de obstetrites e parteiras tradicionais) e construindo pontes de diálogo para a coexistência livre de cada um deles. A perspectiva do autor nos propõe conhecer *com* os outros grupos, e não *sobre* os outros grupos. Por mais valioso que possa ser um conjunto de conhecimento, ele ainda é incompleto quando se reconhece efetivamente a diversidade cultural no mundo (SANTOS, 2018a).

Ouvindo as vozes das entrevistadas, resistir para existir é o que tem vivido grande parte desse grupo de obstetrites formadas no país; atualizando caminhos que não se obriguem a olhar pela ótica colonizada da biomedicina sobre o parto, pretendendo uma coexistência de diálogo entre o conhecimento não hegemônico de parteiras tradicionais e o movimento da medicina baseada em evidências (MBE). Com a permanência desse diálogo, pode ser possível a coexistência de uma obstetria plural, antirracista e antipatriarcal.

---

<sup>27</sup> A categoria das parteiras urbanas surgiu com o movimento de humanização e a retomada do parto domiciliar por enfermeiras obstetras e obstetrites. Não há muitos estudos a respeito da nomenclatura até o momento.

## 4 O PENSAMENTO DECOLONIAL PARA PENSAR DIÁLOGOS ENTRE SABERES

Facilitando o diálogo entre os temas da decolonialidade e do feminismo, Vívian Matias dos Santos (2018) propõe a reflexão sobre como as relações discriminatórias alicerçam saberes ditos científicos. Para além da necessidade de olhar para o tema sob a perspectiva feminista, é imprescindível construir uma “crítica profunda à ciência, questionando a noção de “autoridade científica” (SANTOS, 2018b, p. 2).

A insubmissão da crítica feminista à ciência desafia a manutenção do projeto moderno eurocêntrico e ocidentalizante da ciência e suas bases “discriminatórias epistêmicas” e, neste contexto de pesquisa, nos ajuda a entender como a resistência do conhecimento de parteiras tradicionais e obstetrites simboliza, a partir de um saber culturalmente sensível, a proteção de mulheres, comunidades e crianças da violência institucionalizada na assistência ao parto no Brasil (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010; LEITE et al., 2022).

A produção científica e política do pensamento decolonial deu-se a partir de uma construção de intelectuais latino-americanos, nos fins dos anos 1990, que propunham a radicalização do que significava o pós-colonial: uma crítica à própria teoria pós-colonial produzida pela Ásia e pela África.

A famosa expressão “giro decolonial”, a partir do que pensou o porta-riquenho Maldonado-Torres (CASTRO-GÓMEZ e GROSGOQUEL, 2007) significa compreender o decolonial como uma rebelião às instituições modernas, como a própria universidade (GROSGOQUEL, 2016). Dessa forma, o pensamento decolonial se afina aos movimentos sociais de resistência afros e indígenas (e, por que não, ao das parteiras tradicionais e obstetrites, que estão lutando pelo reconhecimento da profissão no Brasil).

Há duas formas de escrita, “decolonial” e “descolonial”. Segundo a autora Vívian Matias dos Santos (2018), não há um consenso sobre esses supostos sinônimos. As diferenças postas por esses dois termos, na verdade, falam a respeito de como eles se articulam teórica e politicamente. O decolonial situa-se na compreensão de que a colonização ultrapassa os âmbitos econômico e político, influenciando de maneira mais profunda a vida e o cotidiano dos povos que sofreram o processo de colonização, mesmo após seu término. O decolonial se coloca, então,

como contraposição à colonialidade, e o descolonial, como contraposição ao colonialismo. O termo “descolonização” demarca o momento de ascensão dos estados-nação e o fim da administração colonial.

Para autores como Quijano (1992), a colonialidade se alicerça na racialização e no eurocentrismo. Assim, o colonialismo permanece vivo, concretizando-se como colonialidade do poder. Desse modo, a proposta descolonial ressoa com mais sentido como contraposição ao colonialismo, e não à colonialidade, que é mais complexa que somente a ideia de dominação política dos povos subalternizados.

A ideia da insurgência é o que permite a contraposição ao paradigma europeu de *conhecimento racional/científico*. Essa racionalidade é, inclusive, parte de uma estrutura de pensamento que cria ferramentas para a dominação europeia sobre a colônia (CASTRO-GÓMEZ, 2007)

A colonialidade do saber baseia-se na noção da dicotomia sujeito *versus* objeto, estabelecendo como sujeito o *conhecimento da Europa* e, como objeto e não humano, os *povos colonizados*. Aqui é importante pontuar a história da obstetrícia como ciência e sua produção pelo olhar de um grupo específico de homens brancos europeus, que desprezaram, a partir de uma noção científica branca e eurocentrada, o conhecimento ancestral de povos originários – indígenas e africanos – do Brasil.

As lentes da *decolonialidade do saber*, outro desdobramento desse conceito, permite abrir uma janela para outros olhares e reconhecimentos políticos em diversas áreas do conhecimento, como a arte, a cultura, a religião e a ciência, e instaura a necessidade de uma “desobediência epistêmica”, que Walter D. Mignolo (2008) propõe em seu artigo intitulado “Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política”.

O pensamento decolonial também nos permite entender como as epistemologias hegemônicas são produtoras dos “epistemicídios”, termo proposto pelo filósofo português Boaventura Santos em seus estudos a respeito das epistemologias do Sul Global para explicar o processo de apagamento das contribuições culturais e sociais não advindas do “saber” ocidental (Santos, 2018a). Ou como diria Haraway (1995), em sua aguçada perspectiva de gênero, para entender os tais saberes “localizados”.

Esse “sul” sobre o qual fala o autor é um campo de *desafios epistêmicos em que culturas de povos originários foram submetidas ao colonialismo europeu*

(SANTOS, 2018a). Por esse termo, “epistemologias do sul”, há o questionamento sobre os conhecimentos que foram suprimidos por meio da hierarquização epistêmica moderna, apagando os povos e culturas dominados pelo colonialismo.

A desobediência epistêmica sugere, então, uma postura de rebeldia para o entendimento da nossa formação teórica e eurocentrada, como nos explica (Santos, 2018, p. 8), revendo os conhecimentos nos seus diversos campos de construção.

Não é mera coincidência desconhecermos o pensamento lanomâmi, Guarani, Aymara mesmo sendo brasileiras/os – latino-americanas/os – e que nossas referências advindas de outros continentes sejam europeias, enquanto que os saberes alicerçados nas epistemologias africanas são, sequer, considerados científicos, mesmo sabendo da influência de povos deste continente na constituição da sociedade brasileira, esta que ainda repousa sobre o mito da democracia racial.

Decolonizar o conhecimento na obstetrícia traz o potencial de criar novas perspectivas de cuidado – “aprender a desaprender” (MIGNOLO, 2008) –, ouvindo as vozes de saberes ancestrais que foram silenciadas e reiterando o lugar de fala da produção de cada conhecimento. E relembra que a teoria não é universal nem neutra, mas sempre localizada em algum lugar e sempre escrita por alguém, que também tem sua própria história e um posicionamento político (HARAWAY, 1995).

O conhecimento, seja qual for ele, reflete uma consciência de classe, de raça ou de gênero. E é também a partir desse conjunto de conhecimentos da obstetrícia produzida pela medicina do século XX que podemos repensar e desconstruir seu teor colonialista, produtor de tantas violências no campo do gênero em diálogo com a saúde.

Muitos dados epidemiológicos da saúde materna no Brasil são reflexo dessa obstetrícia marcada pelas desigualdades advindas de um processo histórico do colonialismo e do racismo estrutural. Mulheres negras brasileiras são as que mais sofrem violência obstétrica – têm maiores riscos de receber um pré-natal inadequado, de ter seu direito a um acompanhante no momento do parto negado e de não receber anestesia local para a episiotomia, segundo o que mostrou o maior inquérito sobre saúde sexual e reprodutiva realizado no Brasil da Pesquisa Nascer no Brasil (LEAL et al., 2017).

O pensamento pós-abissal que propõe Boaventura de Sousa Santos (2007) representa a ideia de que é possível o reconhecimento de um saber que seja interconhecimento. A desconstrução da linha que separa os pensamentos entre si

seria justamente a presença de uma epistemologia que reconhece a diversidade de saberes – a chamada *ecologia dos saberes*.

O pensamento moderno ocidental é um pensamento abissal. Consiste num sistema de distinções visíveis e invisíveis, sendo que estas últimas fundamentam as primeiras. As distinções invisíveis são estabelecidas por meio de linhas radicais que dividem a realidade social em dois universos distintos: o “deste lado da linha” e o “do outro lado da linha”. A divisão é tal que “o outro lado da linha” desaparece como realidade, torna-se inexistente e é mesmo produzido como inexistente. Inexistência significa não existir sob qualquer modo de ser relevante ou compreensível. (...) A característica fundamental do pensamento abissal é a impossibilidade da co-presença dos dois lados da linha” (SANTOS, 2007, p. 3).

Podemos pensar que essa impossibilidade da copresença, citada no trecho acima, abrange a dimensão dos conhecimentos construídos pela ciência médica da obstetrícia e, do outro lado, os saberes ancestrais de povos originários em diversos lugares do mundo. O diálogo entre esses saberes torna-se sempre um desafio mediado pelo racismo estrutural e pelas assimetrias de gênero, que foram construídos na lógica da linha abissal.

Como interconhecimento, o diálogo entre as linhas dos saberes tradicionais e da produção científica acadêmica (aqui também abrangendo a MBE) é imprescindível para quebrar as estruturas de violência produzidas pelo próprio processo de colonização dos povos originários. Outras vozes e realidades habitam interiores da Amazônia, por exemplo, como pude observar nas entrevistas com as parteiras tradicionais desta pesquisa.

O livro “O perigo de uma história única”, escrito pela feminista e escritora nigeriana Chimamanda Ngozi, nos recorda que histórias podem caluniar ou espoliar uma pessoa, uma comunidade, uma cultura ou uma forma de pensar e agir. *Nunca há uma única versão dos fatos de uma história*, e esse talvez seja um dos principais alicerces para decolonizar a forma de entender uma cultura, ou um conhecimento construído (ADICHIE, 2019)

As histórias do conhecimento científico da obstetrícia médica nos contam sobre corpos defeituosos femininos e a necessidade de intervenções constantes para que seja possível o nascimento (DINIZ, 1996). Essa é uma história que se embasou numa forma de pensar à época do Iluminismo e tornou a obstetrícia um “conhecimento legítimo” da medicina. Mas de fato, o que é “conhecimento legítimo”?

Vemos, por exemplo, o caso da episiotomia, uma prática que se sustenta na crença de que é melhor cortar o períneo da mulher no momento do desprendimento da cabeça do bebê para prevenir lacerações, apesar de inúmeros estudos da medicina baseada em evidências apontarem para a contramão dessa ideia. Há mais de 40 anos ela é ainda um procedimento descrito nos livros-textos de obstetrícia e encorajado na prática da residência médica. No outro lado da linha abissal, temos o movimento de mulheres que lutam pelo fim da episiotomia e da violência obstétrica, as obstetrites que se negam a aprender sobre episiotomia na formação e o conhecimento das parteiras tradicionais, que jamais levam uma tesoura para cortar uma vagina no momento do parto.

Então nos perguntamos: como desconstruir essa linha abissal de legitimidade de saberes? Não é um acaso que as mulheres que mais sofrem com essa prática violenta da episiotomia sejam as mulheres negras. Quem está ao lado das mulheres negras? Qual obstetrícia? Qual lado da linha abissal? Certamente, a proposta de uma construção de obstetrícia decolonial repensa a legitimidade de suas práticas por meio de uma profunda crítica às dimensões de raça e classe nas estruturas de conhecimento em favor do que são as vozes das próprias mulheres e, principalmente, daquelas que historicamente estão sobrevivendo a todo o desdobramento da colonialidade do saber da episteme de corpos defeituosos.

#### 4.1 A Ciência e o Conhecimento Para Uma Vida Prudente: o Fim das Desigualdades Sociais e o Bem Coletivo

O livro “Um discurso sobre as ciências”, do filósofo Boaventura de Sousa Santos, foi publicado pela primeira vez em 1987, quando o professor da Universidade de Coimbra proferiu uma abertura de aulas sustentando uma posição epistemológica antipositivista e defendendo a ideia de que *todo conhecimento é socialmente construído e que a objetividade não implica sua neutralidade* (SANTOS, 2018a).

O paradigma dominante da ciência moderna surgiu com a revolução científica do século XVI nas ciências naturais e está pautada na teoria dos planetas de Copérnico, nas leis de Kepler sobre a órbita dos planetas, nas leis de Galileu sobre a queda dos corpos, na ordem cósmica de Newton, dentre outras. A matemática é, portanto, o instrumento de análise e a lógica das investigações. Conhecer torna-se

também quantificar, e o rigor científico seria o rigor da medição. O que não é quantificável não importa para a construção desse conhecimento moderno. Conhecer é classificar e sistematizar. As leis da natureza seriam então “naturais” e a base da ciência moderna.

Nesse processo, foram criadas leis que podem prever e classificar tudo o que é observado. O resultado poderá sempre ser repetido, independentemente do local onde acontecerá a experiência (Teorema da Invariância, na física clássica). As leis da ciência moderna são um tipo de estudo sobre a causa e como funcionam as coisas (SANTOS, 2018b).

Essa ideia central da matemática regendo as leis naturais tem o pressuposto de que o passado se repete no futuro. O mundo da matéria é como uma máquina que pode ser descrita e compreendida como funções por meio das leis da física e da matemática. A ideia do mundo-máquina se constrói na grande hipótese universal da época moderna: o mecanicismo.

Nesse ponto, é preciso confluir a história da medicina e sua descrição sobre os corpos e seus processos fisiológicos – o parto e seus acontecimentos no corpo – no século XVIII. Trata-se do mecanicismo do parto, da ideia de que todo o processo se repetirá da mesma forma, independentemente da subjetividade de cada mulher e seu contexto social/histórico.

Nessa época, a burguesia se sustentava nesse discurso para explicar a ordem na sociedade. Assim como foi possível descobrir as leis da natureza, também se poderiam descobrir as leis da sociedade, e então nasceram as ciências sociais do século XIX. Esse modelo mecanicista assume duas vertentes: uma que contempla no estudo da sociedade todas as bases epistemológicas e metodológicas que explicam os estudos da natureza; e outra, que avança cada vez mais, que defende e reivindica para as ciências sociais uma metodologia própria, distinta da das ciências da natureza.

A primeira concepção entende que, mesmo existindo muitas diferenças entre os fenômenos naturais e sociais, é sempre possível estudá-los como iguais. No entanto, o (SANTOS, 2018b) chama atenção para o fato importante de que os fenômenos sociais são historicamente condicionados e culturalmente dependentes. Na perspectiva da antropologia e das ciências sociais, o parto como evento complexo



(biológico, cultural e social) não se limita à lógica mecanicista do corpo humano como máquina, totalmente controlado, como fizeram na medicina do século XIX.

O argumento central para a segunda concepção é que o comportamento do ser humano, ao contrário do da natureza, não pode ser descrito só por suas características externas. A ciência social seria então uma ciência subjetiva. Os fenômenos vão ser explicados de outra forma, a partir de cada indivíduo, demandando-se, para tanto, métodos qualitativos de análise – uma postura, portanto, antipositivista.

Um dos desdobramentos dessas reflexões é a própria problematização da prática científica. A análise das condições sociais e culturais dos modelos de investigação passou a ter lugar prioritário na reflexão epistemológica. As noções de lei estão aos poucos sendo substituídas pela ideia de sistemas, estruturas ou modelos, e o causalismo enquanto categoria vem perdendo lugar em favor do finalismo.

A crise do paradigma da ciência moderna se explica por tais condições teóricas propostas por (SANTOS, 2018b) e também pela industrialização da ciência e seu alinhamento à tecnologia e aos interesses militares e econômicos. A comunidade científica também se estratifica, construindo relações de poder autoritárias e condições desiguais de acesso a equipamentos entre países.

E qual seria, então, o perfil do paradigma emergente, a partir dessa caracterização da crise do paradigma dominante? O mesmo autor pontua que nós atravessamos uma mudança estrutural de paradigma de ciência que não pode ser apenas para uma mudança de paradigma de um *conhecimento prudente*, mas para um paradigma de *vida prudente*, um *conhecimento que faça sentido para o bem coletivo e o fim da desigualdade ou as hierarquias de poder dentro de saberes e instituições*.

Não haverá nenhuma mudança no cenário obstétrico, a despeito de toda a evolução tecnológica, enquanto a desigualdade social permitir que mulheres negras morram mais que outros grupos ou que práticas inadequadas, baseadas em paradigmas misóginos e racistas, estejam presentes na cena do parto, apesar de toda uma produção da MBE corroborar com menos intervenções, como fazem as parteiras tradicionais, por exemplo, e as obstetizas no contexto da prática baseada em evidências e nos direitos das mulheres.

Boaventura Santos (2018b) vai explicando como essa nova ciência emerge, e uma das principais características desse novo momento histórico é que **todo conhecimento científico-natural é científico-social** (p.65). Muitas teorias atuais de processos naturais como a auto-organização e a autorreprodução são atribuídas aos sistemas pré-celulares, dialogando com a mecânica quântica e a Teoria da Relatividade de Einstein, buscando entender a historicidade e a própria consciência. Há um movimento para reconhecer o psiquismo da natureza e uma ecologia planetária.

Esse paradigma que o autor chama de emergente se funda na superação das distinções dicotômicas: natural ou social; vivo ou inanimado; observador *versus* observado; e assim por diante, passando a revalorizar os estudos humanísticos (SANTOS, 2018b). A ciência pós-moderna seria analógica: a biologia falará de teatro entre moléculas, a astrofísica, de texto celestial, a química, de uma biografia. Jogo, palco e texto; o mundo é comunicação, e a ciência pós-moderna é a promoção da comunicação: interação e intertextualidade. O parto pode assumir, sob essa ótica, outras interpretações, significados e vivências.

**Todo conhecimento é local e total** (SANTOS, 2018b). A fragmentação pós-moderna não é disciplinar, mas temática. Os temas são galerias pelas quais o conhecimento progride ao encontro de outros conhecimentos. O diálogo cognitivo do que é local, podendo ser pensado e interpretado fora do seu lugar de origem, admite uma pluralidade metodológica.

Quando eu questionei dona Joana sobre o que ela costuma fazer quando uma mulher não entra em trabalho de parto no mês previsto, ela afirmou que não existe mulher que não entra em trabalho de parto, pois o parto só começa quando é para começar. A ideia de que o tempo “acabou” ou de que a gravidez tem dia certo para “terminar” é um conceito da medicina (conhecimento total), e não da ciência da parteria tradicional amazonense (conhecimento local).

**Pesquisadora:** *Quando, uma coisa que eu (quero) te perguntar, quando, é, vamos supor que a mulher, a senhora sabia que a mulher ia ter que parir até o mês tal, e aí ela não entra em trabalho de parto, ela não começa a ter contração, tem alguma coisa que a senhora faz para ajudar a ter contração e entrar, e começar a ter contração?*

**Dona Joana:** *Não, porque as dores, elas só dão quando é a hora do bebê vim, né, quando é hora do neném nascer, aí que dão* (Dona Joana, parteira tradicional)

Outra questão é a tendência de uma personalização do trabalho científico: a pesquisa e a interpretação são cada vez mais presumidas como não neutras. O objeto seria uma continuação do sujeito, e por isso **todo o conhecimento é autoconhecimento** (SANTOS, 2018b, p. 86). Os pressupostos de sistemas de crenças e valores são sempre parte da explicação científica da natureza e da sociedade. Mais uma vez, a ciência não se constitui neutra. Cada um subjetiva o conhecimento aprendido. Cada vez é um sujeito *versus* outro sujeito que contou e interpretou.

*E aí, no SUS, eu lembro que, é, eu me preocupava muito, assim... com o bem-estar das pessoas, né, de verdade, assim, a última coisa que eu me preocupava era o parto e a via de parto, eu me preocupava com o bem-estar. Eu ficava me preocupando com o bem-estar das mulheres que trabalhavam comigo, e das mulheres que estavam lá na recuperação anestésica, e nas que tinham acabado de ter um aborto, e nas mulheres que apareciam lá violentadas, né. A gente teve vários casos, por exemplo, de mulheres que chegavam lá com placenta, com resto de placenta sem bebê, e tinha que chamar a polícia, e eu me preocupava, sabe? Me preocupava com as residentes, que eu acho que, quando você acompanha um processo de residência médica, você vê que a maioria das pessoas que estão ali são mulheres, e a maioria dos plantonistas são homens. Você vê muito assédio sexual, muito assédio psicológico e muito assédio físico mesmo. Eu já vi um cara deixar o braço da menina roxo, eu falei para ela: “Olha, a história que você contar, eu vou falar que eu sou testemunha”. Então, eu vivia muito preocupada. (Mayara, obstetrix)*

Ser mulher nos espaços de trabalho também é uma luta diária contra o machismo e a violência que se engendram na prática das profissionais no campo da saúde – como é o caso de Mayara, obstetrix que entrevistamos: práticas não são neutras; pelo contrário, elas se constituem também como ferramenta contra as hierarquias nas instituições.

Outra característica do pós-moderno é que **todo conhecimento visa constituir-se em senso comum** (SANTOS, 2018b, p.94). A ciência moderna considerava o senso comum como ingênuo, superficial e falso. Agora tentamos reabilitá-lo para enriquecer a nossa relação com o mundo. O diálogo entre o senso comum e o científico é cada vez mais parte da tendência do pós-moderno e está ao lado da trajetória de vida das pessoas. Muitas pesquisas da MBE vêm considerando a importância de ouvir as mulheres e o que significa para elas a vivência do parto, na tentativa de entender melhor o que seriam práticas benéficas na assistência ao parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A crise da ciência moderna é também entender a crise da própria obstetrícia moderna, que, por um lado (o da ciência racista e misógina), ainda inspira os tratados atuais de obstetrícia e, por outro (o de pesquisadoras, ativistas, feministas, movimentos sociais), luta pela necessidade de legitimar cada vez mais a voz das mulheres na academia e na produção das ciências sobre seu próprio corpo e suas próprias experiências, como nos conta a parteira Tabita, que conseguiu curar uma mulher com depressão pós-aborto com toque, escuta e massagem:

*E aí a mãe dela ia levar para o hospital (...), mas como ninguém falava nada, e a menina estava morrendo, pálida, pálida, pálida, assim, sem um pingo de sangue, tu olhava assim e dizia: “Essa menina já está é morta, não tá morrendo”, sabe? (...) Aí eu saí da minha casa, me disponibilizei até lá, aí sentei, entrei, pedi para conversar com ela sozinha, secreto, e ela começou a me dizer o que sentia. Aí eu mandei que ela tirasse a roupa, ficasse peladinha do jeito que nasceu, “Tu deixa eu tocar no teu corpo?”. Aí eu comecei a fazer a massagem, comecei... Desde o pé, comecei, fiz aquela massagem do pé da pontinha do cabelo, do toco do pescoço, fiz, quando chegou aonde doía, eu fazia, bati, ajeitei, arrumei, puxei, e ela começou a respirar... Ela começou a respirar normal, ela andava toda enrolada. (...) Aí eu comecei a fazer, fazer, ela começou a respirar e disse: “Ah, eu estou conseguindo respirar normal”, e aí eu fui, fui, fui, até que, está aí, ela hoje boazinha, já mãe de três filhos! (Trecho da entrevista com a parteira Tabita)*

## PARTE III – OBJETIVOS

### 5 OBJETIVOS

#### 5.1 Objetivo Geral

Descrever e analisar os saberes e as práticas de parteiras tradicionais e obstetrizes na perspectiva dos estudos sobre gênero e decolonialidade do saber.

#### 5.2 Objetivos Específicos

A partir dos estudos teóricos da decolonialidade e do gênero, os objetivos específicos são estabelecidos como:

- descrever e analisar saberes e práticas de cuidado de obstetrizes que vivem no estado de São Paulo e trabalham em contextos nos quais têm autonomia;
- descrever e analisar saberes e práticas de cuidado de parteiras tradicionais que vivem em comunidades ribeirinhas do Rio Tefé e nas cidades de Novo Airão e Ariaú, no Amazonas.

## PARTE IV – METODOLOGIA

### 6 MÉTODOS E TÉCNICAS

Esta é uma pesquisa de metodologia qualitativa que se utilizou da entrevista em profundidade, da autoetnografia e da observação participante para compreender as práticas de parteiras tradicionais e obstetrizes.

A seguir, descrevo como utilizei cada uma dessas ferramentas, ao mesmo tempo que também relato a experiência de estar no universo amazônico com as parteiras tradicionais e no contexto urbano com as obstetrizes participantes desta pesquisa.

#### 6.1 NOTAS METODOLÓGICAS

##### 6.1.1 As Entrevistas em Profundidade

A preocupação da pesquisa qualitativa não está em quantificar, mas qualificar, depreender significados, crenças e símbolos presentes nas narrativas e vivências das pessoas pesquisadas. A abordagem técnica escolhida para a realização do campo foi a entrevista em profundidade, semiestruturada: uma conversa com propósito bem definido, com perguntas norteadoras e a liberdade de aprofundá-las livremente, se assim fosse o desejo da entrevistada.

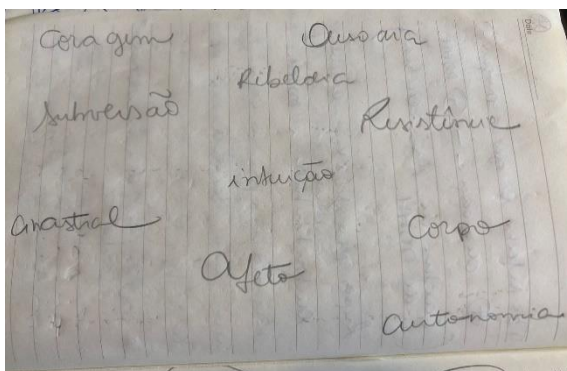
Ao todo foram realizadas 12 entrevistas: seis com parteiras tradicionais e seis com obstetrizes. Todas aconteceram entre janeiro e agosto de 2022 e foram gravadas em áudio, após o consentimento das participantes. Com o auxílio à pesquisa da Faculdade de Saúde Pública (FSP), as transcrições foram feitas por uma obstetriz. Ao todo, foram nove meses de transcrição.

Para realizar as entrevistas com as parteiras tradicionais, viajei alguns dias pela Amazônia, tendo passado parte ou até o dia todo conhecendo um pouco da vida de cada entrevistada. Já no caso das conversas com as obstetrizes, pela proximidade da realidade com as entrevistadas, somente uma foi presencial (a primeira); as outras foram realizadas pela internet, e não houve a observação participante de seus cotidianos.

Utilizo as categorias propostas por Minayo (2001) para analisar as entrevistas. As categorias são agrupamentos de elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito, que nesta pesquisa foram norteadas pelos referenciais teóricos da decolonialidade e da categoria gênero. Utilizando o método de análise do conteúdo (MINAYO, 2001), foi possível identificar nas entrevistas, de acordo com os objetivos propostos nesta pesquisa, as categorias temáticas de análise. Para isso, segui o seguinte roteiro de execução:

- I. Ordenação dos dados: mapeamento do que foi encontrado no trabalho de campo. Organização dos materiais de áudio e vídeo para a transcrição de gravações. Releitura flutuante de todo o material transcrito;
- II. Classificação dos dados: a partir da fundamentação teórica da decolonialidade e gênero, fui elaborando as categorias específicas enquanto ouvia e lia os materiais de entrevista;
- III. Análise final: estabelecimento de articulações entre os dados e os referenciais teóricos para a análise.

Assim, fiz mapas de palavras durante a leitura flutuante das entrevistas, que consistiu no primeiro passo de sistematização da análise. Segue um exemplo abaixo:



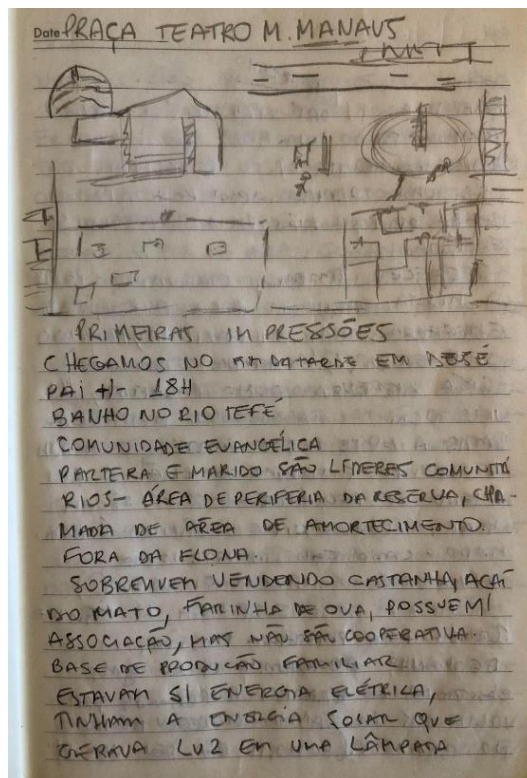
**Figura 5.** Mapa de palavras durante as leituras flutuantes das entrevistas. Março de 2023.

A partir das categorias analíticas apreendidas das entrevistas, das informações produzidas nas observações e da minha experiência como obstetrix, propus três grandes eixos temáticos, que serão analisados pelas discussões de

gênero e decolonialidade. Esses eixos serão analisados na seção dos resultados desta pesquisa.

- As práticas decoloniais como resistência: defesa do SUS, luta antirracista na construção do conhecimento e na saúde, luta por existência e valorização.
- Práticas decoloniais como afetividade: aprendizagem com afeto como dispositivo para o combate à violência e construção de vínculos com as mulheres.
- Práticas decoloniais como subversão: trajetórias por autonomia na atuação, aprendizagem através da própria experiência e do próprio corpo, diálogos com outras epistemes, enfrentamento ao poder médico e interesses de mercado

### 6.1.2 O Diário de Campo e a Observação Participante



**Figura 6.** Diário de campo. Manaus, 20 de março de 2022.



Como um “amigo silencioso” (Minayo, 2001), o diário de campo andou comigo durante a viagem. Algumas vezes, eu o escrevia no fim do dia, apesar de bastante cansada, e outras, nos momentos de deslocamento (carro, barco e avião). As anotações contavam as primeiras impressões de adentrar os rios e florestas da Amazônia, detalhes geográficos da região, nomes e reflexões que aconteceram durante toda a pesquisa.

A observação participante como técnica na pesquisa qualitativa acontece por contato direto do pesquisador com o fenômeno estudado, o que propicia informações sobre a realidade dos atores da pesquisa em seu próprio contexto. Com esse recurso, as interações face a face são capazes de fazer emergir questões e respostas que muitas vezes não conseguimos durante a entrevista. Ela pode ocorrer por meio de uma participação plena no convívio com os atores da pesquisa ou de forma pontual, na experiência em campo e em alguns momentos do cotidiano daqueles entrevistados (Minayo, 2001).

Os relatos do diário de campo compõem as reflexões que apresento direta e indiretamente porque pautam as interpretações e análises. Quando cito as anotações diretamente, optei por inserir “diário de campo” e a data do registro. Nos próximos subcapítulos, contarei sobre a viagem e minha experiência de campo com as parteiras tradicionais: visitas, conversas, ambientes e interação com a comunidade.

### 6.1.3 A Autoetnografia

À medida que eu entrava no campo, fui percebendo que a reflexividade diante da viagem e das conversas faziam emergir minhas experiências de vida como obstetriz. O espelhamento entre memórias e empatias foi tornando impossível não trazer para este trabalho uma etnografia também pautada na reflexão da minha trajetória. A autorreflexão é o elemento básico no estudo de grupos sociais em que o pesquisador faz parte de seu próprio objeto e universo de pesquisa. No contexto dos estudos decoloniais, pretende-se visibilizar a quebra entre o pesquisador e a neutralidade no seu campo de pesquisa ao se desenvolver a autoetnografia (CALVA, 2019).

No contexto brasileiro, grupos subalternizados na universidade trouxeram em pauta científica seu pertencimento racial, étnico ou de identidade de gênero e

sexualidade. Mulheres e homens negros e negras, quilombolas, indígenas, LGBTQAI+ e de outras identidades antes excluídas do mundo acadêmico passaram a constituir grupos e sujeitos de pesquisas imbricados na própria realidade vivida. Essa abordagem carrega potências e limitações como em qualquer outro tipo de método e forma de análise, mas, sobretudo, considera a investigação como um ato político (CALVA, 2019).

Nesta pesquisa de doutorado, o objeto, o campo e todas as interações com os sujeitos entrevistados fazem parte de uma trajetória e um envolvimento político com a minha atuação profissional. Assim, a autoetnografia também fez parte deste trabalho, trazendo à tona as memórias e os sentimentos das minhas experiências pessoais.

#### 6.1.4 O Campo e as Entrevistas Com as Parteiras Tradicionais

Desestruturar-se é arriscado, porque uma vez que acontece não há retorno. Significa que você já não pode se conformar com uma estrutura de pensamento único. E com isso, jamais voltará a se sentir confortável, talvez nem mesmo coerente (BRUM, 2021, p. 14).

Esta pesquisa qualitativa utilizou como recurso metodológico as *entrevistas abertas em profundidade* com obstetrizes e parteiras tradicionais que trabalham em contextos de assistência ao parto.

Antes de iniciar este trabalho, eu tinha vivido uma rápida e instigante experiência com três parteiras da cidade de Maués na Casa Angela, uma casa de parto na periferia da zona sul de São Paulo, sobre a qual contei na Introdução. Foi nesse lugar e nessa ocasião específica que eu me senti uma admiradora das práticas que essas mulheres passaram algumas tardes nos ensinando em roda: puxar a barriga, ajeitar a mãe do corpo, medicinas indígenas... E, sobretudo, o teor de resistência em suas mãos e coração enquanto mulheres que resistem às tantas formas de violência geradas pelo colonialismo e o epistemicídio dos povos indígenas no Brasil.

O meu plano inicial era entrar em contato com essas parteiras de Maués e estudar a possibilidade de acompanhá-las durante alguns dias no seu ofício de parteira (nessa época, eu planejava seguir a pesquisa pela etnografia). Procurei então por Patrícia, uma das fundadoras da ONG Mamaekos e que havia levado as parteiras para fazer as oficinas em São Paulo – com a ajuda dela eu pude fazer contato com as

parteiras novamente. Patrícia, sempre muito disposta a ajudar, me encontrou algumas vezes em chamadas de vídeo. A comunicação era feita na maioria das vezes por WhatsApp.

Era comum também que as parteiras demorassem a responder, pois em alguns dias dos meses elas estavam em regiões no interior da floresta, sem sinal de internet. Muitas vezes, acontecia de eu aguardar o contato por intermédio de outra pessoa, geralmente uma parente mais nova, filha ou sobrinha, que possuía celular.

Ao mesmo tempo que eu aguardava esses contatos das parteiras de Maués, costumava minhas pesquisas lendo sobre parteiras da Amazônia. Durante essas buscas, encontrei uma matéria sobre a Associação Algodão Roxo do Instituto Mamirauá<sup>28</sup>, que foi minha principal porta de contato com as parteiras entrevistadas e o que chamei de “sorte”, por contar com o apoio logístico do Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá para a realização do meu campo de pesquisa.

Escrevi um e-mail ao instituto, que foi rapidamente respondido, e assim consegui contato com a presidenta da Associação Algodão Roxo, à época, Tabita Alves, e com a secretária-geral, Maria das Dores. Em poucos dias, Maria Cecília, integrante do Instituto Mamirauá, facilitou a conversa para a programação da minha ida para lá, criando um grupo de WhatsApp.

É importante mencionar o respaldo à Associação Algodão Roxo que a Fiocruz Amazônia dá, com seus projetos que apoiam o trabalho das parteiras tradicionais. O pesquisador Julio Schweickardt coordena o Projeto Redes Vivas e Práticas Populares de Saúde: Conhecimento Tradicional das Parteiras e a Educação Permanente em Saúde para o Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde à Mulher no Estado do Amazonas, executado desde 2017 pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), em parceria com o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde (SES-AM) e financiado pelo Ministério da Saúde. Ele foi um dos organizadores do livro “Parteiras tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidados em Saúde” que se tornou uma grande inspiração para que eu conhecesse e pensasse a realidade das parteiras do Amazonas a partir das reflexões decoloniais.

---

<sup>28</sup> Disponível em <<https://www.mamiraua.org.br/noticias/encontro-parteiras-amazonia-03-2019>>.



**Figura 7.** Secretária Dôres, à esquerda, ao lado de uma parteira, na comunidade de Missões.

Logo, eu também entendia que a floresta era lugar de ativismo dos direitos à saúde, do trabalho de resistência das parteiras tradicionais com a Associação Algodão

Roxo, que é o primeiro agrupamento das parteiras tradicionais do Amazonas. Cada vez mais eu me aproximava da realidade contrastante entre centros urbanos e comunidades ribeirinhas da Amazônia.

A escolha das comunidades a serem visitadas se deu então pela colaboração do Instituto Mamirauá e da Associação Algodão Roxo. A secretária da associação, Maria das Dôres, mora em Tefé, cidade situada no coração geográfico da Amazônia, onde também fica o instituto, e local do nosso primeiro encontro. Ela me levou, pelo rio, até as comunidades ribeirinhas Rio Tefé acima: Deus É Pai; Ponta da Sova; e a área rural indígena Barreira da Missão/Barreira de Cima.

A viagem ocorreu em março de 2022. Ir para Manaus significava, naquele momento, encontrar o estado brasileiro com a maior crise vivida diante da pandemia de covid-19. O estado decretou duas vezes estado de calamidade pública. A crise sanitária instalada era vivenciada com colapsos da superlotação de leitos e falta de oxigênio, enquanto o ministro da saúde, à época Eduardo Pazuello – em 2021, quando eu planejava o campo –, distribuía centenas de caixas de cloroquina no SUS. O número de mortes foi 108% acima da média histórica. Caixões foram enterrados empilhados na cidade.<sup>29,30</sup>

Manaus seria o lugar de chegada e partida para o interior da floresta e de encontro com as parteiras. Essa cidade de 2 milhões de pessoas recebe turistas no seu centro histórico, onde bois-bumbás dançam entre a pobreza e o resquício de um teatro suntuoso da era da borracha. Eu estava ali como pesquisadora sobre parteiras, mas também sobre desigualdades que afetam a saúde de todos. No meio de uma floresta em pleno desmatamento acelerado, a pesquisa “Nascer no Brasil” entrevistou 13.205 mulheres com acompanhamento de pré-natal e 13.044 mulheres com acompanhamento de parto, em 252 municípios da Amazônia Legal. A resposta trágica da desigualdade brasileira é o resultado de somente 3,4% delas terem tido acesso a um pré-natal adequado e apenas 1% das entrevistadas ter recebido atenção adequada no parto. (LEAL et al., 2015).

Tefé seria meu segundo destino depois de Manaus, e, do macro ao micro, eu partia para mais perto da floresta. A viagem para Tefé foi rápida, e combinamos pelo

---

<sup>29</sup> Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/30/bolsonaro-diz-que-nao-e-atribuicao-do-governo-levar-oxigenio-para-o-amazonas.ghtml>>.

<sup>30</sup> Disponível em: ><https://amazonasatual.com.br/estado-de-calamidade-no-amazonas-e-prorrogado-por-mais-seis-meses/>>.



WhatsApp que um parente da Dôres nos encontraria no aeroporto (meu companheiro e eu).<sup>31</sup>

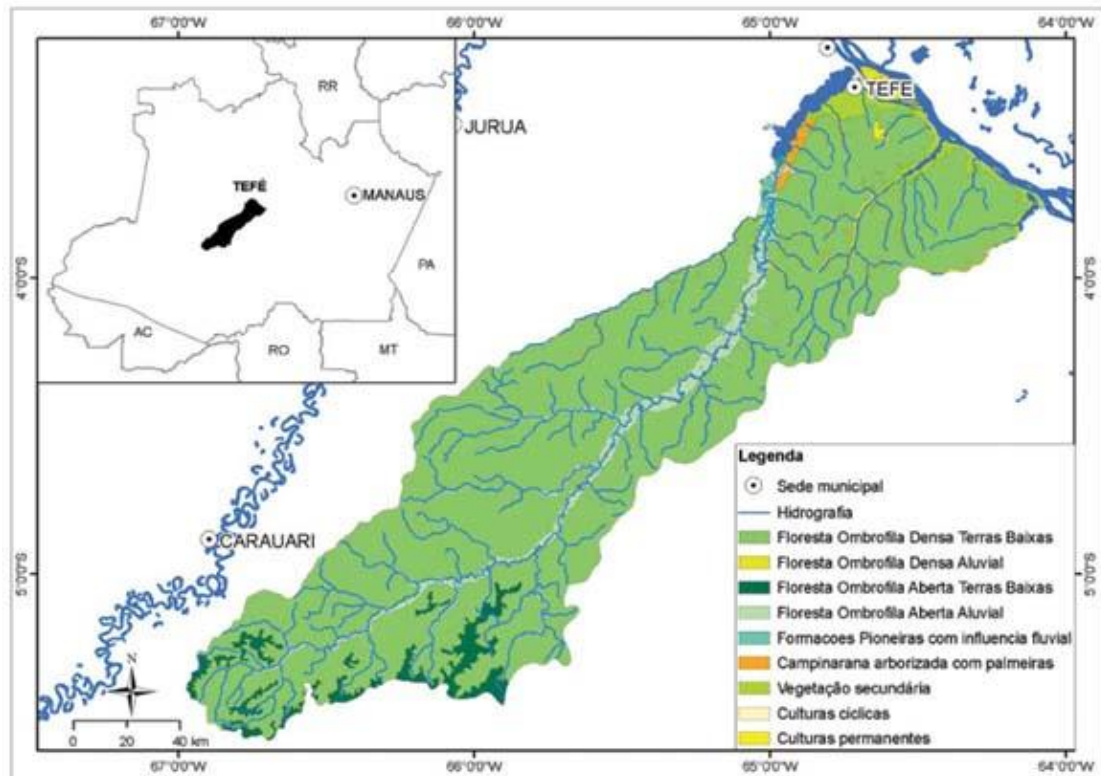


FIGURA 1: Localização do município de Tefé, AM e uso e cobertura da terra do município.  
Fonte: Compilado de CENSIPAM (2005).

**Figura 8.** Mapa da região da cidade de Tefé.

Chegamos por volta das 10 da manhã. A casa era de alvenaria, e pela irmã de Dôres fomos recebidos com café, tapioca e tucumã<sup>32</sup>. Era um domingo, e Luzia preparava um ensopado de peixe pirarucu, prato típico amazônico.

Logo em seguida ao almoço, separamos uma muda de roupa; subi na garupa de uma moto e encontrei Dôres na margem do Rio Tefé, próximo ao centro de comércio popular da cidade, de onde saem barcos grandes, voadeiras e pequenas rabetas para transitar entre outras comunidades do rio e floresta adentro. Levei um

<sup>31</sup> Importante contar que eu fui acompanhada por ele nessa viagem. Como jornalista, ele participou me auxiliando nas gravações das entrevistas. Mais tarde, a ida dele resultou em uma publicação sobre as parteiras tradicionais no Amazonas pela Mongabay Brasil- agência de notícia sobre conservação e ciência ambiental sem fins lucrativos. Disponível em: <<https://brasil.mongabay.com/2022/07/a-luta-das-parteiras-tradicionais-da-amazonia-pelo-reconhecimento-da-profissao/>>.

<sup>32</sup> Tucumã é uma fruta típica da região amazônica, arredondada, de cor viva amarela, com casca fina. O gosto me lembrava o de castanhas, e a gordura vegetal manchava as tapiocas da manhã. Era comum que fosse servida como opção de recheio em pão e tapioca.

caderno de campo para anotações e textos que me ajudaram a pensar em como realizar entrevistas na pesquisa qualitativa.



**Figura 9.** Ponto de encontro em Tefé para seguir rio adentro.

Eu me preocupava bastante com o possível desconforto que as parceiras poderiam sentir ao serem convidadas a conversar comigo, uma pesquisadora desconhecida vinda de São Paulo. Ao mesmo tempo, eu confiava na intuição de que os encontros têm suas dinâmicas e não podemos controlar tudo na pesquisa.

Os textos que estavam a ponto de acabar, ainda durante os voos, eram dois capítulos de um livro chamado “A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas” (SPINK et al., 2014). Sobre as observações, um dos textos trazia a reflexão a respeito do cotidiano na pesquisa e o significado de cada interlocutor nos encontros não programados, além do tema da “aproximação” como

pesquisadora – o que me ajudou a pensar no que eu contaria sobre as escolhas dos “comos” desta pesquisa.

Eu anotava algumas informações no caderno, mas confesso que só consegui aprofundar minhas reflexões depois de voltar de viagem – pois havia pouco tempo (dez dias) e muito a conhecer daquele cotidiano. A todo momento eu refletia sobre minha interação; queria que as pessoas se sentissem à vontade com a nossa conversa, que, basicamente, teria como tema o ofício de parteira. Apesar de não ser uma pesquisa etnográfica, havia um tanto de sensação da etnografia, quando eu mergulhava nos caminhos e nas sensações de percorrer ambientes tão diferentes do que era costume pra mim, afinal, eu nunca havia visitado a Região Norte do país.

O próprio Termo de Consentimento era uma formalidade que tentei deixar o mais leve possível antes das entrevistas. Antes de começar a leitura, eu falava um tantinho de tempo com cada parteira, para afinar os olhares. O tom de conversa seguia do começo ao fim, ao contrário das entrevistas com as obstetrizes, às quais eu enviei o Termo de Consentimento antes da entrevista, por WhatsApp. Todas elas foram questionadas sobre a aceitação em manter ou não o sigilo do nome para participação na pesquisa e preferiram que seu nome verdadeiro fosse mantido, assim como autorizaram as fotografias registradas nesse trabalho.

Assim que cheguei à comunidade Deus É Pai, rio Tefé acima, após quatro horas de viagem na voadeira<sup>33</sup>, já era o fim da tarde. Eu me lembro daquela sensação num tom de sépia de entrar pela primeira vez entre a floresta alagada, os reflexos das copas na beira do rio e as pequenas canoas que deslizavam com suas cordas de amarração na beira de tocos de madeira.

---

<sup>33</sup> Voadeiras são pequenas embarcações movidas a motor com estrutura em metal.





**Figura 10.** Chegada à comunidade Deus É Pai, 2022.<sup>34</sup>

Não há como não falar dessa sensação de entrar na floresta pela primeira vez. Ela é o lugar onde causas e consequências habitam a realidade das parteiras e das mulheres que são por elas atendidas.

A Amazônia não é um lugar para onde vamos carregando nosso corpo, esse somatório de bactérias, células e subjetividades que somos. Não é assim. A Amazônia salta pra dentro da gente como num bote da sucuri, estrangula a espinha dorsal do nosso pensamento e nos mistura à medula do planeta. Já não sabemos que eus são aqueles. As pessoas seguem nos chamando por nossos nomes, atendemos, aparentemente estamos com nossas identidades intactas- mas o que somos, já não sabemos. O que nos tornamos não tem nome. Não porque não tenha, mas porque não conhecemos a língua (BRUM, 2021, p. 10).

Ali, eu também encontrava pela primeira vez os povos da floresta, os chamados ribeirinhos ou beiradeiros. Uma comunidade no meio da floresta, beirando o Rio Tefé, que carrega a história dos nordestinos migrados no início do século XIX para o corte das seringas, que construíram suas famílias com indígenas, quilombolas e caboclos da região. Para eles, o rio é uma entidade simbólica, em que tudo se agrega. Da pesca e do extrativismo vegetal à construção de casas que dão vazão à água através de estruturas de madeira que levantam as construções a em torno de 1 metro do chão.

---

<sup>34</sup> Arquivo próprio.

A desigualdade histórica que se constrói na Amazônia tem a ver com uma série de intervenções colonizadoras que vêm acontecendo ao longo dos últimos séculos. A exclusão social dos povos da floresta corresponde a uma história política e à prática econômica capitalista, que extraem os bens naturais da Amazônia e exploram os povos originários e tradicionais para depois deixar seus rios contaminados – como é o caso de Altamira, no Pará, com a construção da Hidrelétrica de Belo Monte (FERNANDES e MOSER, 2021).

Era um fim de tarde quente e úmido. Lembro que, ao chegar, algumas pessoas já haviam chamado Tabita e avisado de que estávamos lá. Tabita é uma dessas mulheres fortes que você conhece e o coração se alegra – falante, otimista e muito amorosa. Um banho de rio naquele fim de tarde, com as crianças da comunidade: foi como eu vi o sol se pôr naquele lugar onde viviam algumas poucas famílias e um tanto de história de resistência com o partejar, a coleta extrativista do açaí, castanhas e artesanatos de madeira.

Era domingo, dia de culto, e ficamos à espera de Tabita, enquanto a noite se punha naquela casa de palafitas que garantem, em qualquer época do ano, que as águas do rio não adentrem as casas. A igreja evangélica é cada vez mais presente no universo do interior da Amazônia e durante toda a viagem se fez presente nas comunidades que visitei. O processo de evangelização não só influencia perspectivas políticas como também diz respeito ao posicionamento das parteiras sobre seu trabalho e a experiência sexual e reprodutiva das mulheres.

Desde o século XVI, a Igreja Católica exerceu, com as missões jesuítas, a introdução e a expansão do cristianismo no Brasil, inclusive entre os povos indígenas. Com relação ao protestantismo, os primeiros contatos com os indígenas aconteceram no século XVI, com franceses huguenotes.

Esse processo, além de religioso, também era de cunho civilizatório na construção da colônia portuguesa que se tornava o Brasil. Na atualidade, o contexto é de forte crise da Igreja Católica na Amazônia, em consequência de conflitos com o poder civil local e com a falta de clero. O protestantismo, assim, vai ganhando força nessa região (RODRIGUES e MORAES JÚNIOR, 2018).

Enquanto Tabita se juntava à comunidade na igreja evangélica, o jantar foi servido para nós: a Dôres, o motorista da voadeira, que é um líder comunitário da região, meu companheiro e eu. A maior parte do que comíamos havia sido retirada da

própria floresta: a carne de paca, a galinhada, o açaí com farinha de mandioca, além dos industrializados: arroz e feijão com macarrão.

O gerador de energia elétrica não estava funcionando, e isso também denunciava os problemas que os habitantes dali vivenciavam como comunidade ribeirinha. A parteira se sentia desconfortável com o fato de não termos luz, além de faltar água potável, pois sem o gerador também não se podia usar a água do poço. A água que bebemos era aquela do rio, que estava armazenada em galões, baldes e panelas dentro das casas.

Dormimos naquela noite em redes e acordamos com os galos do terreiro cantando, próximo às 6 da manhã. Banana-da-terra frita e açaí com castanhas na mesa de café: estávamos nos preparando para conhecer uma parteira de uma comunidade próxima e fazer nossas entrevistas, ou “conversas”, como eu chamei em campo.

A casa de Tabita também era ponto de encontro antes de as crianças começarem a escola. O professor da comunidade era seu filho mais velho, e todos ali tinham algum parentesco. O sinal tocou pontualmente às 8 da manhã.

Durante a viagem até Ponta da Sova, Tabita também foi me explicando como funcionava o SUS na região, o pré-natal e a assistência multidisciplinar. O mais interessante, e que eu não sabia até chegar lá e ouvir das parteiras, era que o trabalho delas se realizava em conjunto com os agentes de saúde, embora não houvesse nenhum reconhecimento formal da profissão nem remuneração do estado.

Tabita citou os polos de saúde que são responsáveis pela atenção básica à saúde da população ribeirinha, e aqui cabe contar um pouco dessa história política do SUS. Nos anos 2000, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi expandido para o Estratégia Saúde da Família (ESF). Geralmente, essas equipes de saúde são formadas por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais podem ser agrupados, como dentistas e técnicos, de acordo com o que necessita cada município e as características da UBS.



**Figura 11.** Parteira Tabita, em um parto domiciliar na comunidade Deus É Pai.<sup>35</sup>

Cada equipe é responsável por um determinado número de famílias; o aconselhamento e a promoção de saúde são os principais objetivos, alcançados pela detecção dos fatores de risco e agravamentos que necessitem de outro nível de atenção, como aquela de intervenção hospitalar e com médico especialista. A redução da mortalidade infantil e o aumento do acesso das gestantes aos serviços são impactos do programa, que atende mais de 50% da população brasileira (LEAL et al., 2018).

A ESF na Amazônia Legal inclui as Equipes de Saúde da Família ribeirinhas com Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSFs). Elas podem funcionar com as Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFRs), que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas nas comunidades com acesso por meio fluvial; e as Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), que são alocadas em UBSFs – acredito que estas sejam os “polos” referidos pela parteira presidenta da Associação.

A base ou polo da unidade de saúde possui uma voadeira para levar as mulheres das comunidades ribeirinhas até o hospital localizado no centro urbano mais próximo. No caso de Deus É Pai, seria o hospital de Tefé. É comum nas narrativas

---

<sup>35</sup> Arquivo cedido pela entrevistada.

que a parteira vá com a mulher até a cidade quando ela precisa dar à luz em um ambiente hospitalar.

Geralmente, as mulheres, quando suspeitam que estão grávidas, recorrem às parteiras, que iniciam o primeiro acolhimento e a inserção no SUS pela comunicação com o agente de saúde local. Elas incentivam a entrada no pré-natal, pois é também pelos exames de sangue e urina realizados que se certificam de que as gestantes estão saudáveis. Essa hibridação entre práticas tradicionais e o modelo biomédico também é notável na maioria das parteiras tradicionais entrevistadas, que incentivam as mulheres ao pré-natal conjunto com elas e o SUS.

Dificuldades de acesso da população às políticas de saúde na Amazônia Legal têm sido apresentadas em pesquisas recentes, como as limitações nas condições de oferta dos serviços de saúde (GARNELO et al., 2018; GARNELO et al., 2019; DOLZANE e SCHWEICKARDT, 2020). Muitas vezes faltam insumos, energia elétrica, profissionais e o próprio transporte para que os agentes possam se deslocar até as comunidades.

Com relação à saúde das mulheres e crianças na Amazônia Legal, acompanha-se a redução da mortalidade infantil na região, e persiste a maior prevalência de gravidez na adolescência se comparamos ao restante do país (INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE, 2020). Esses dados nos põem a refletir sobre as dificuldades do acesso das mulheres à atenção da saúde sexual e reprodutiva previstas nos programas do governo federal e a distribuição de profissionais de acordo com as realidades locais, que serão discutidas no capítulo dos resultados da pesquisa.

Voltando à viagem pelo rio, chegamos até Ponta da Sova, onde entrevistei dona Fátima, que, apesar de experiente nas vivências de parto, trazia o receio declarado de revelar que de fato era parteira. Tabita havia contado que algumas parteiras tinham medo de aderir à campanha de cadastramento da Associação Algodão Roxo, pela possibilidade de serem perseguidas. Por isso, muitas delas não se assumiam como parteiras.



**Figura 12.** Dona Fátima, parteira em Ponta da Sova, 2022.<sup>36</sup>



**Figura 13.** Vista da chegada a Ponta da Sova, 2022.<sup>37</sup>

---

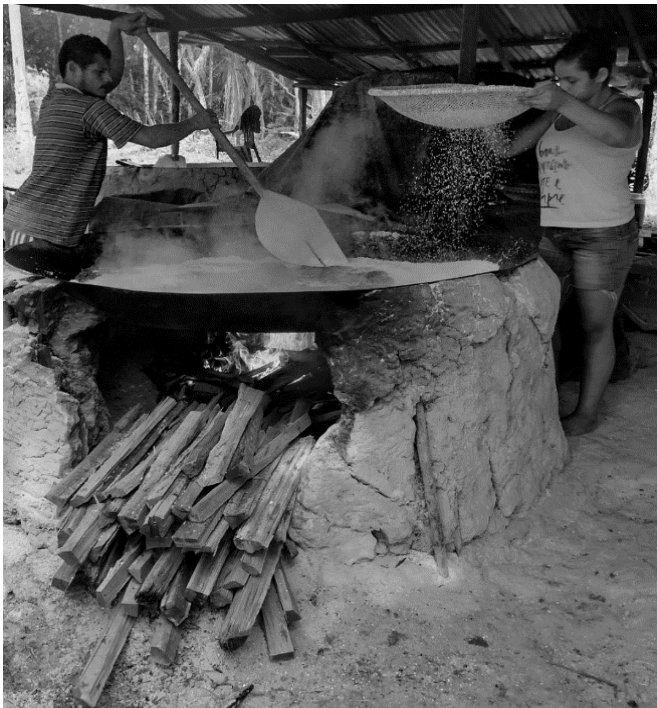
<sup>36</sup> Arquivo próprio.

<sup>37</sup> Arquivo próprio

Em entrevista sobre o projeto da Fiocruz Amazônia, Julio Schweickardt lembra o imenso desafio de conseguir cadastrar as parteiras na Associação e vinculá-las aos serviços de saúde. A luta ainda é romper com o preconceito de outros profissionais que não reconhecem o importante papel das parteiras em suas comunidades.

“Elas são fundamentais para a qualidade da saúde da mulher, diminuição das mortalidades infantil, materna, neonatal, principalmente nos territórios indígenas. Em alguns casos, como o do povo kambeba, as parteiras são procuradas pelas mulheres primeiro do que os profissionais da rede de atenção básica” (Fala de Julio Shweickardt em matéria do site da Fiocruz Amazônia).<sup>38</sup>

Depois de entrevistar dona Fátima, conhecemos uma casa de farinha<sup>39</sup> da comunidade e voltamos para entrevistar dona Tabita e sua mãe, também parteira em Deus É Pai, pois voltaríamos para Tefé no mesmo dia, à noite.



**Figura 14.** Casa de farinha em Ponta da Sova, 2022.<sup>40</sup>

<sup>38</sup> <https://amazonia.fiocruz.br/?p=36593>

<sup>39</sup> Casa de farinha é um espaço compartilhado pela comunidade ribeirinha que se destina a torrar a farinha de mandioca crua. Depois disso, ela é embalada em sacos para ser vendida aos "atravessadores", que são comerciantes que navegam os rios e compram produtos do extrativismo vegetal da Amazônia. Esse é um fator importante da economia amazônica, que mantém as comunidades ribeirinhas em situação de exploração, sem a possibilidade de negociação dos preços dos produtos vendidos.

<sup>40</sup> Arquivo próprio.



A pedido de dona Tabita, começamos a conversa com sua mãe, que, além de parteira, era técnica de enfermagem e havia aprendido a partejar com a sua avó, um ofício geracional. Como dona Joana mesma dizia: “*É um orgulho pra mim que Tabita se tornou parteira*”. Eu tinha a impressão de estar ali registrando um momento de gratidão das duas gerações – duas mulheres que continuaram seu ofício apesar das muitas dificuldades para continuarem existindo.

Dona Joana lembrava com tristeza a ocasião do falecimento de uma parente sua, quando insistiu para que essa gestante fosse dar à luz no hospital, devido ao diagnóstico de pressão alta. A gestante não queria ir ao hospital de jeito nenhum e, ao entrar em trabalho de parto, chamou dona Joana para ajudar. Muitas mulheres das comunidades têm medo dos partos nos hospitais, pois sabem que lá não poderão ter a presença de suas parteiras. Esse talvez tenha sido um dos medos dessa mulher que se negava a se hospitalizar.

Tabita chegou à casa de sua mãe já ao fim da entrevista. Relembrou como foi difícil ajudar a mãe a aceitar que a morte da nora não havia sido culpa dela. Tabita, com o tom de voz embargado, disse que precisou ser dura com a comunidade ao ouvir comentários que depreciavam a parteira que era sua mãe. Sentir-se à margem quando não se é oficialmente reconhecida em situações como essa leva muitas parteiras a desistir da profissão.



**Figura 15.** Tabita e sua mãe, dona Joana, as duas parteiras da comunidade Deus É Pai. Ao fundo, um alguidar com tucumãs colhidos na comunidade, 2022.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Arquivo próprio.



Aquela seria minha última tarde em Deus É Pai, e assim eu segui na voadeira de volta pra Tefé. Mexida com as histórias de Tabita, Joana e Fátima, pensava como o trabalho feminino das parteiras é desvalorizado pelo estado, mesmo quando se dedicam a um serviço para o próprio governo no nosso Sistema Único de Saúde.

Eu havia levado dois celulares para a gravação, mas um deles já estava praticamente sem bateria, e não havia como carregá-los. Na minha imaginação, as entrevistas demorariam em torno de 40 minutos a uma hora, e duraram cerca de duas. No fim, deu tudo certo, mas não consegui filmar todas as conversas, como havia pensado.

As parteiras não cobram pelo seu trabalho porque sabem que a maioria das mulheres não têm como pagá-las. Mas têm a consciência de que sem elas seria muito mais difícil a essas gestantes entrar no pré-natal e dar seguimento à avaliação de risco, necessária nos casos de gestação complicada, como quando há hipertensão.

A chuva amazônica nos despedia até Tefé durante a viagem de voadeira. Eu me sentia cheia de histórias daquelas mulheres, presente ali no meio da floresta em pé, das mulheres sobreviventes às tantas histórias de violência, medo, indignação, mas, ainda sim, uma presença viva e resistente.

*"Nosso tempo é especialista em produzir ausências: do sentido de viver em sociedade, do próprio sentido da experiência da vida. Isso gera uma intolerância muito grande com relação a quem ainda é capaz de experimentar o prazer de estar vivo, de dançar e de cantar. E está cheio de pequenas constelações de gente espalhada pelo mundo que dança, canta e faz chover. [...] Minha provocação sobre adiar o fim do mundo é exatamente sempre poder contar mais uma história."<sup>42</sup>*

Voltei a Tefé e aguardei o dia seguinte para a ida à comunidade indígena de Barreira da Missão. Ali eu entrevistaria a dona Sebastiana, uma indígena da etnia tikuna de 65 anos e com 11 filhos.

A cidade de Tefé me provocou sensações diversas. Era uma cidade voraz, de muito movimento e, ao mesmo tempo, tão próxima das comunidades ribeirinhas que conheci, aonde só se chega de barco. Motos andavam correndo, fazendo curvas e subindo nas calçadas. Estas, inclusive, eram bem estreitas, e eu caminhava no meio-fio. Para chegarmos ao hostel onde dormimos, subimos por uma escadaria do Rio

---

<sup>42</sup> Citação de Krenak em matéria sobre seu livro "Ideias para adiar o fim do mundo". Disponível em: <<https://terrasindigenas.org.br/en/noticia/204697>>.

Tefé até o alto de um morro. Os degraus eram de terra e madeira batida. Sons de pássaros, crianças e motocicletas se misturavam ali. Também ouvi pela primeira vez, naquele lugar, sobre a existência dos “piratas de rio”.<sup>43</sup>



**Figura 16.** Vista do Rio Tefé e suas casas flutuantes, 2022.<sup>44</sup>

No dia seguinte, seguimos para Barreira da Missão, que é uma reserva indígena onde vivem povos de cinco etnias: kaixana, kambeba, Miranha, Ticuna e Witoto, num total de cerca de 800 habitantes em uma dimensão de 2 mil hectares.

---

<sup>43</sup> Nome que se dá aos atravessadores do tráfico de drogas pelos rios da Amazônia. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2022/07/05/piratas-de-rio-trocam-tiros-com-trafficantes-em-disputa-por-territorio-de-traffic-de-drogas-no-alto-solimoes-no-am.ghtml>>.

<sup>44</sup> Arquivo próprio.



**Figura 17.** Dona Sebastiana, parteira da comunidade indígena de Missões, 2022.<sup>45</sup>

Ali passamos uma manhã, na companhia da secretária da Associação Algodão Roxo, a Dôres. Ela já conhecia a comunidade, pois havia trabalhado como agente de saúde na região e construído muitos vínculos afetivos por lá. Esse contato foi fundamental para que a comunidade se sentisse tranquila com a minha presença.

Ao chegarmos, Dôres nos levou até o líder local da etnia tikuna, onde eu encontraria a dona Sebastiana. Assim, após a autorização dele, fomos ao encontro da parteira. A entrevista durou cerca de uma hora e meia. Conhecemos sua casa, os artesanatos indígenas, e caminhamos um tanto para conhecer a região. Muitas casas de palafita, suspensas a quase 2 metros do chão. Crianças nos olhavam pelas janelas enquanto andávamos entre elas.

---

<sup>45</sup> Arquivo próprio.



**Figura 18.** Barreira das Missões, 2022.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> Arquivo próprio.





**Figura 19.** Barreira das Missões, 2022.<sup>47</sup>

No caminho, algumas pessoas debulhavam o açaí, importante fonte de renda da comunidade, além da farinha de mandioca e das castanhas. Passamos pela escola indígena e pela Unidade Básica de Saúde. A comunidade se encontrava em pequenos grupos, entre crianças que iam à escola, adultos que conversavam na beira do rio e aqueles que trabalhavam na roça. Ainda no fim da tarde, voltamos para Tefé, de onde partiríamos para uma nova viagem de Manaus até Novo Airão, local do encontro de outra parteira. Era notável a presença da igreja evangélica dentro da comunidade.

Sáimos cedo de Manaus até Novo Airão, no dia seguinte, e fizemos esse trecho de carro por mais ou menos quatro horas. Ao chegar à cidade, fiz contato com dona Aurilene, que me receberia no hospital onde trabalhava. Essa parteira aprendeu o ofício com a avó e, após ter se formado como técnica de enfermagem, assumiu o trabalho no hospital como parteira, já havia mais de dez anos.

---

<sup>47</sup> Arquivo próprio.

Quem me apresentou a “Aurinha” foi a enfermeira-chefe do hospital da cidade, a alemã Íris, indicada a partir de contato telefônico com a Fundação Amazônia Sustentável (FAS)<sup>48</sup>, uma organização não governamental e sem fins lucrativos brasileira. Todos esses contatos eu realizei via WhatsApp e e-mail, antes de organizar a viagem.

Chegando no fim da tarde ao hospital, encontrei-me com a parteira Aurilene e a enfermeira Íris em plantão, que me convidaram para conhecer todo o hospital. Muito disponíveis para a conversa, as duas se puseram à disposição para dar entrevistas e me explicar sobre a cidade. O hospital havia passado por uma reforma, e o centro de parto normal tinha bolas de fisioterapia, banquetas de parto e almofadas grandes para dar conforto às mulheres. As paredes tinham desenhos de mulheres indígenas com seus bebês.

Ali na região de Novo Airão, dona Aurilene não conhecia outras parteiras tradicionais, e, como aquela era uma cidade mais urbanizada, os partos ocorriam no hospital. Ao contrário do que ocorria nas comunidades ribeirinhas da região, que não visitei, afastadas da zona urbana de Novo Airão.

Novo Airão é um município que se localiza no entorno da capital do estado do Amazonas (Manaus). Possui uma área territorial equivalente a 38 milhões de quilômetros quadrados e uma população estimada de 16 mil habitantes, de acordo com os dados do IBGE no Censo de 2022.<sup>49</sup>

Segundo relatório da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal<sup>50</sup>, Novo Airão está abaixo da média do país em muitos parâmetros nas áreas de saúde e educação, o que sinaliza fragilidades no que diz respeito à saúde das crianças de até 5 anos. Um exemplo é a quantidade de consultas de pré-natal. Menos de 40% das gestantes realizaram mais de sete consultas de pré-natal. A porcentagem de gravidez na adolescência é duas vezes aquela nacional (31,94%). Em 2018, 100% das mortes infantis de até 1 ano eram evitáveis. No campo da educação, entre as crianças de 4 a 5 anos, que estariam na primeira etapa de educação básica, Novo Airão tem somente

---

<sup>48</sup> A Fundação Amazônia Sustentável (FAS) é uma organização brasileira não governamental, sem fins lucrativos, por uma parceria entre o Bradesco e o Governo do Estado do Amazonas. Posteriormente, passou a contar com o apoio da Coca-Cola Brasil (2009), do Fundo Amazônia (2010) e da Samsung (2010), além de outras parcerias em programas e projetos desenvolvidos.

<sup>49</sup> Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/novo-airao/panorama>>.

<sup>50</sup> Maria Cecília Souto Vidigal é uma instituição sem fins lucrativos dedicada à promoção do desenvolvimento da primeira infância no Brasil, com o apoio de instituições financiadoras como a Ford Foundation. Os dados foram obtidos do último Censo do IBGE, de 2022.

54,92% na creche. A média nacional é de 92,9%.<sup>51</sup> Os recortes de raça se mostram como grandes discrepantes: por exemplo, no ano de 2019, nenhuma criança preta ou parda foi matriculada na creche.



**Figura 20.** Dona Aurinha, parteira do hospital de Novo Airão-AM, 2022.<sup>52</sup>

Dona Aurinha é um caso bastante particular dentre as parteiras que entrevistei. Apesar de ter aprendido o ofício de parteira tradicional com a sua avó, ela exerce a função no único hospital da cidade, após ter se formado como técnica de enfermagem. Dona Aurinha é contratada oficialmente como técnica de enfermagem e trabalha como plantonista no cargo de parteira do hospital.

Muito já se tentou oficializar a profissão de parteira tradicional em âmbito nacional. No início do século XXI, nos anos 2000, um projeto para “capacitar”<sup>53</sup> parteiras tradicionais foi lançado pelo Ministério da Saúde. O “Livro da parteira” é um material de apoio desenvolvido pelo projeto, que contou com o apoio do programa Rede Cegonha de 2011.

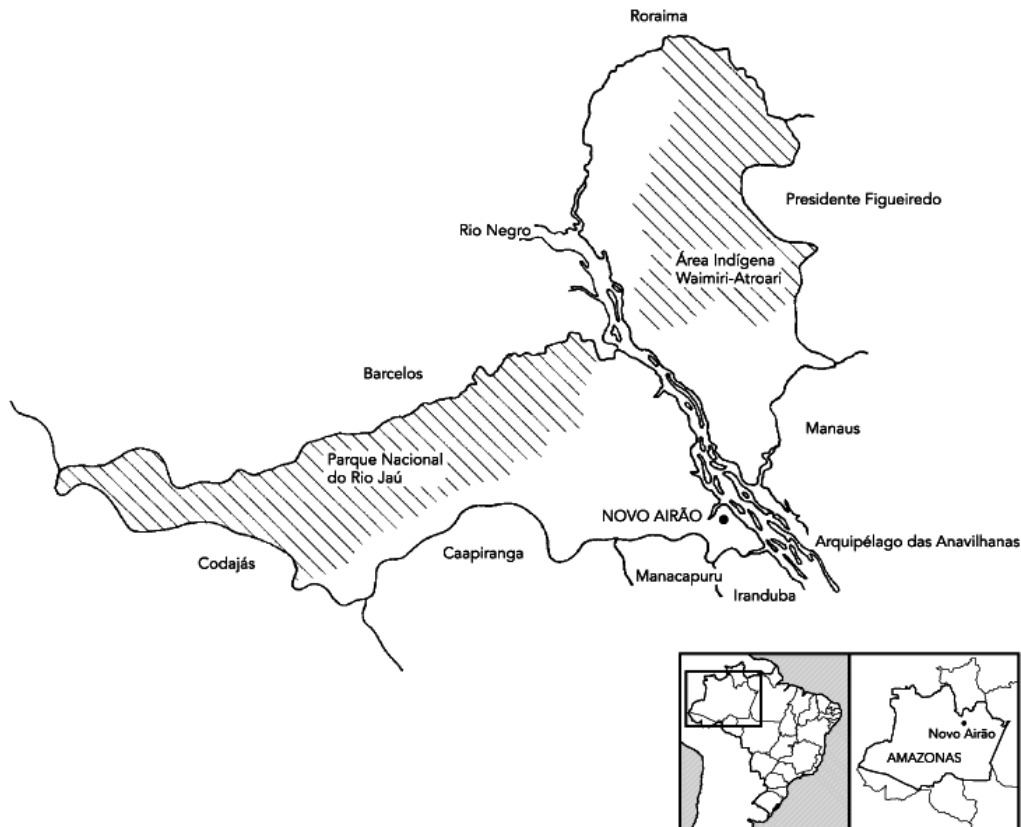
<sup>51</sup> Disponível em: <<https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/municipios/novo-airao-am/>>. Acesso em: xx julho 2022.

<sup>52</sup> Arquivo próprio.

<sup>53</sup> A partir de uma perspectiva decolonial, a palavra “capacitar” para explicar o objetivo da ação do Ministério da Saúde com o projeto citado não contempla a ideia de que a aprendizagem é uma via de mão dupla, tanto para os profissionais formais (médicos e enfermeiros) como para as parteiras tradicionais. Em vez do termo capacitar, poderíamos adotar palavras como curso de “partilha de saberes” ou curso de “troca de saberes”.

Figura 1

Localização de Novo Airão no Estado do Amazonas.



**Figura 21.** Mapa da cidade de Novo Airão.

Segundo a publicação referente ao histórico do programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, do Ministério da Saúde, no ano de 2010 diversas experiências com parteiras tradicionais de norte a sul do Brasil foram organizadas por instâncias políticas de saúde, como secretarias e organizações não governamentais locais.<sup>54</sup>

Uma pesquisa qualitativa, publicada em um artigo no ano de 2019, com mulheres da comunidade indígena Krahô investigou os impactos do programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais. Nas palavras das autoras:

<sup>54</sup> Entre 2000 e 2010, foram capacitadas 1.755 parteiras tradicionais e 1.301 profissionais de saúde, em aproximadamente 150 municípios nos seguintes estados: Acre, Amapá, Amazonas, Alagoas, Bahia, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Roraima e São Paulo. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2022.



Muito embora o programa tenha como público-alvo mulheres que já atuam empiricamente no cenário do parto, houve o entendimento de que as mulheres “tornaram-se parteiras” após o curso. Por consequência, a falta de pagamento e a expectativa frustrada de contratação por parte do “governo”, embora não previstas, foram interpretadas como descaso. Os resultados indicam um viés etnocentrado do Programa, focado na difusão do saber científico e na entrega de materiais fora da lógica de cuidado do grupo em análise (GUSMAN, RODRIGUES e VILLELA, 2019, p. 2627).

Infelizmente, mais de dez anos se passaram após a origem do programa, e não houve avanços no que diz respeito ao reconhecimento formal da profissão por parte do Ministério da Saúde e sua inclusão no sistema de saúde público, embora elas continuem realizando esse trabalho informalmente ou encontrando brechas no sistema institucional que lhes garantam salário e sobrevivência por meio de seu ofício, como é o caso de dona Aurinha.

Depois da entrevista em Novo Airão, aproveitei para conhecer o arquipélago fluvial de Anavilhanas. Na imensidão do Rio Negro, esse parque foi inaugurado como estação ecológica em 1981, para depois, em 2008, tornar-se de fato um parque nacional. O rio é lugar de encontros, e não por acaso ele me levou a refletir sobre as parteiras: “Então minhas raízes se desprenderam daquele solo sagrado. Era chegada a minha vez de nascer. O seu nascimento era o início e o meu era o fim” (SOUZA e CARVALHO, 2019, p. 11).



**Figura 22.** Parque Nacional de Anavilhanas, 2022.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Arquivo próprio.

No fim da viagem, um dia antes de voltar para Manaus, eu aguardava o contato de uma pessoa indicada pela FAS que me levaria até uma parteira da cidade de Ariáú.<sup>56</sup> No dia seguinte, bem cedo, fomos de carro até a cidade – era um dia chuvoso, típico do verão da Amazônia. O ponto de encontro com quem me levaria até a casa da parteira Graça era uma escola municipal da cidade.

A casa dela era bem pertinho da escola. Lembro-me de ter andado cerca de uns 500 metros. A casa era de alvenaria, e o piso, de madeira. Dona Graça e seu marido nos aguardavam à mesa, os dois sorridentes, e, para a minha surpresa, eram um casal de parteiros.



**Figura 23.** Parteira Graça e seu companheiro.

Como estão em uma região mais urbanizada, dona Graça contou que raramente é chamada para um parto, mas ainda é bastante procurada para “puxar a barriga”, um fazer que ela explica com muito gosto. Ali conversamos, e consegui, por fim, fotografar um sorriso escapado. A chuva já havia cessado. Voltei de táxi para Manaus com o coração cheio de histórias, chuvas, castanhas que havia ganhado e o desejo de voltar. Espero que seja em breve.

---

<sup>56</sup> Ariáú foi um desses exemplos de exploração de turismo que vende locais “exóticos” da Amazônia sem nenhuma preocupação social ou ambiental, como o Ariáú Amazon Tower – um hotel de celebridades de 66 hectares no meio do Rio Ariáú, que faliu em 2015, deixando uma dívida milionária. O hotel continua hoje na cidade, em ruínas.

*“Uma semana da volta e ainda tento decifrar o que absorvi. Um caos por dentro, entre rios cheios e tons de sépia, o verde colonizado dos livros de infância, o quente e frio da tempestade da tarde que alaga o inconsciente sobre tantas Amazôniaas que navegam aqui. A travessia com cheiro de terra e peixe do rio ou barulho de mototáxis, as parteiras indígenas que voam de rabetá e ainda não são reconhecidas como parte do SUS. Tucumã pelas manhãs e café preto. Como significa Tucum em Tupi “agulha para costurar”, estão aqui por um fio as Amazôniaas que resistirão.” (Diário pós-campo. São Paulo, 4 de abril de 2022)*



**Figura 24.** Na voadeira, a caminho de Deus É Pai. A sensação era de não saber onde começava o rio e terminava a floresta. Era tudo um permanente estado contínuo. 2022.<sup>57</sup>

#### 6.1.5 O Campo e as Entrevistas Com as Obstetrizas

As entrevistas com as obstetrizas aconteceram de forma completamente diferente, e isso também tem a ver com o fato de eu residir na mesma cidade em que está a Escola de Artes, Ciência e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP), campus onde está situado o único curso de Obstetrícia no Brasil. A maioria das formadas lá mora no estado de São Paulo, concentrada na capital e em cidades do interior. Ainda estávamos preocupadas com as questões da covid-19, e eu tentei viabilizar as conversas a distância, usando plataformas on-line como o WhatsApp (chamada de vídeo) e o Google Meet, a depender da preferência de cada entrevistada. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas por uma única pessoa, que também

---

<sup>57</sup> Arquivo próprio.

é obstetrix, o que facilitou o entendimento de alguns termos e expressões. Os contatos via WhatsApp também serviram para a troca de fotografias para esta pesquisa.

O critério de escolha sobre qual obstetrix entrevistar não era muito claro na época. Havia um misto de afeto, admiração, representatividade e curiosidade em relação a cada uma com que conversei. Meu primeiro contato com todas elas foi pelo WhatsApp, com uma mensagem que explicava a pesquisa de doutorado. O Termo de Consentimento era assinado digitalmente e enviado pelo mesmo aplicativo.

A primeira entrevista foi com uma obstetrix que residia na cidade de São José dos Campos, Thaís, uma pessoa especialmente carinhosa que eu só conhecia pelas redes sociais e que, com todos os cuidados exigidos pela pandemia, se organizou para me receber. Como era a primeira entrevista, eu queria também sentir na vivência presencial como seria a experiência da conversa.

Thaís chamava minha atenção pelo trabalho em conjunto com outras obstetrixes na região do Vale do Paraíba, uma trajetória de muito sucesso e autonomia. O Acaiá Parteiros Urbanas<sup>58</sup> é um grupo formado por obstetrixes, com sede na cidade de São José dos Campos. A entrevista aconteceu no próprio espaço onde elas atendem, uma clínica compartilhada no bairro central da cidade.



**Figura 25.** Parteiros Acaiá. Thaís é a terceira da esquerda. para direita no segundo plano da foto.<sup>59</sup>

<sup>58</sup> Algumas obstetrixes e enfermeiras obstetrixas que trabalham na zona urbana se autodenominam parteiras urbanas, embora não haja um consenso formal e algumas até atendam em regiões rurais.

<sup>59</sup> Instagram da Acaiá Parteiros Urbanas.



Cleo, cujo nome de registro é Cleoidinice, mora na Zona Leste da cidade de São Paulo e foi minha segunda obstetriz entrevistada – sempre me chamou a atenção algo um tanto místico que eu sentia quando me encontrava com ela nos eventos do curso de Obstetrícia. Cleo também recebeu o canto da Companhia de Reis, que lhe avisava sobre um presente que vinha dos céus. Tinha escolhido parir em casa, com uma professora da faculdade que também era parteira domiciliar. Foi a entrevista mais longa de todas, em que ela contou com detalhes seus dois partos e a forte relação com sua parteira, que a inspirou a trabalhar com parto domiciliar. Ela tem dois filhos, que vivem com ela e o marido.



**Figura 26.** Da esquerda para direita: Agnes e Cleo.<sup>60</sup>

Lilian, minha terceira entrevistada, eu conheci em um plantão na Casa Angela. Quando ela olhou pra mim, senti uma forte presença acolhedora. Também já a conhecia das redes sociais e admirava seu trabalho como parteira domiciliar. Um pouco antes de eu deixar a Casa Angela, ela havia assumido uma vaga como parteira. Hoje entendo que a escolha também veio por esse motivo, pois eu não queria entrevistar pessoas que tivessem trabalhado comigo por muito tempo no modelo de casa de parto. Lilian é mãe solo e mora em Mogi das Cruzes. Tem um filho pequeno chamado Aruandê e uma jornada de plantões entre partos domiciliares no entorno da cidade.

---

<sup>60</sup> Arquivo do site partonaluz.com.



**Figura 27.** Lilian durante o acompanhamento de uma mulher em trabalho de parto domiciliar.

Mayara, minha quarta entrevistada, foi presidente da Associação de Obstetizes da USP e tem uma importante representatividade na categoria profissional. Mulher negra, ativista e requisitada para participar dos encontros de obstetizes. Eu já a conhecia de eventos e também por ter feito parte da mesma associação, e sempre é muito forte encontrá-la. Depois de ter atuado alguns anos no SUS e também como parteira domiciliar no coletivo de mulheres negras Maoni, Mayara iniciou o trabalho em uma clínica particular composta de obstetizes e médicos.



**Figura 28.** Coletivo Maoni, parteiras domiciliares. Mayara é a terceira da esquerda para a direita.

Minha entrevistada seguinte foi Mariane – uma querida de longa data, desde a minha formação, pois fizemos parte da primeira turma formada de Obstetrícia. Uma parteira que sabe observar como ninguém. Trabalhamos juntas por um ano no Partejas La Mare, em 2013. Ela seguiu como parteira no Rio de Janeiro, onde fez parte do grupo Levatrice e ministrou diversos cursos na área de obstetrícia, no Brasil e em outros países. Hoje reside em São Paulo, como parteira domiciliar no grupo Amaai. É formadora no Levatrice e está cursando doutorado com sua filha Maní, parida há alguns meses por sua companheira.



**Figura 29.** Mariane.<sup>61</sup>

Também formada comigo na primeira turma, Andreza fez parte do La Mare em 2013 e foi minha última entrevistada. Trabalhou na Casa Angela por três anos e há oito atua como obstetrix na Médicos sem Fronteiras. É dona da personalidade mais sagitariana que eu conheço e das mãos mais ágeis para sentir um curumim.<sup>62</sup> Com ela eu aprendi a apagar as luzes e observar. É inevitável fazer uma menção à minha enorme gratidão e admiração por ela.

---

<sup>61</sup> Arquivo cedido pela entrevistada.

<sup>62</sup> Curumim vem do tupi “kurumim” e significa criança pequena. Um jeito carinhoso que Andreza usava para se referir aos bebês que nasciam.





**Figura 30.** Andreza em missão na Etiópia.<sup>63</sup>

## 6.2 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES: PARTEIRAS TRADICIONAIS E OBSTETRIZES

O contato com as seis obstetrizes entrevistadas foi feito pelo WhatsApp. Todas me conheciam indiretamente, mas a maior parte delas nunca havia trabalhado comigo – o que foi um critério de escolha, para que não houvesse interferência de vieses.

A maioria das obstetrizes é jovem, tem até 40 anos (com exceção de Cleodionice) se comparada às parteiras tradicionais. Todas as parteiras tradicionais residem no estado do Amazonas, e todas as obstetrizes, no estado de São Paulo.

---

<sup>63</sup> Arquivo cedido pela entrevistada.

**Tabela 1.** Características das parteiras tradicionais.

Parteiras tradicionais entrevistadas	Idade	Cor da pele	Local de residência	Religião	Trabalho remunerado	Local de trabalho
Fátima	58	parda	Ponta da Sova	evangélica	não	Comunidade de Ponta da Sova
Joana	69	parda	Deus É Pai	evangélica	não	Comunidade de Deus é Pai
Tabita	49	parda	Deus É Pai	evangélica	não	Comunidade de Deus é Pai
Sebastiana	67	parda	Reserva indígena de Missões	evangélica	não	Comunidade indígena Barreira das Missões
Aurilene	55	parda	Novo Airão	evangélica	sim (técnica de enfermagem no hospital)	Hospital de Novo Airão
Graça	63	parda	Ariaú	católica	não	Ariaú

**Tabela 2.** Características das obstetrites.

Obstetrites entrevistadas	Idade	Cor da pele	Local de residência	Renda média	Religião	Trabalho remunerado	Local de trabalho
Thais	32	branca	São José dos Campos-SP	8 mil	umbandista	sim, autônoma	Acaiaí Parteiras Urbanas
Cleidionice	44	parda	São Paulo-SP	-	umbandista	sim, autônoma	Parto na luz
Lilian	35	parda	Mogi das Cruzes-SP	6 mil	umbandista	sim, CLT casa de parto e autônoma	Casa Angela e Grupo
Andreza	36	parda	Boa Vista-RR	12 mil	espiritualista	sim, MSF	MSF e autônoma no Brasil
Mariane	36	branca	São Paulo/Rio de Janeiro	6 mil	agnóstica	sim, autônoma	Amaai Parteiras e Levatrice
Mayara	30	preta	São Paulo	6 mil	umbandista	sim, autônoma	Coletivo Nascer e Maoni / Grupo de obstetrites

### 6.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da Plataforma Brasil e seguiu todas as normas e orientações de consentimento e ética da FSP. Assim, para realizar as entrevistas com as parteiras tradicionais, levei duas vias de TCLE impressas – uma para ficar com elas e outra, comigo. Antes de começar a entrevista com cada parteira, eu iniciava uma aproximação, explicando quem eu era e o que estava fazendo ali, como obstetriz. Privilegiei as relações com as mulheres, o respeito pelo lugar delas e sua coragem em falar diante de uma gravação a uma desconhecida.

Ao início da gravação, eu perguntava a elas se queriam manter o próprio nome ou se preferiam o anonimato, e todas, sem exceção, quiseram que seu nome fosse registrado. Além disso, todas as imagens que aparecem nesta tese foram autorizadas pelas retratadas.

Na amazônia, as fotos e os vídeos foram feitos também para atender a uma demanda de ajudar a Associação Algodão Roxo, sob a justificativa de que poderiam compor um possível material para as parteiras da associação, que precisam divulgar seus trabalhos nas redes sociais. Já no caso das obstetrizes, eu mantive contato via WhatsApp e lhes pedi fotos que elas autorizassem divulgar (também utilizei algumas disponíveis em suas próprias redes sociais, sob a autorização delas).

## PARTE V – RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7 RESULTADOS

Os resultados serão analisados a partir dos três grandes eixos temáticos:

- EIXO PRÁTICAS DE CUIDADO COMO RESISTÊNCIA: defesa do SUS, luta antirracista na saúde, luta por existência e igualdade de gênero;
- EIXO PRÁTICAS DE CUIDADO COMO AFETIVIDADE: aprendizagem na perspectiva feminista, aprendizagem com afeto, dispositivo para o combate à violência e construção de vínculos;
- EIXO PRÁTICAS DE CUIDADO COMO SUBVERSÃO: trajetórias por autonomia, aprendizagem com o próprio corpo, diálogo com outras epistemes, enfrentamento do poder médico.

#### 7.1 PRÁTICAS DE CUIDADO COMO RESISTÊNCIA

*As práticas como resistência* são aquelas que se alicerçam na possibilidade de resistir às desigualdades que as parteiras e obstetrizes encontram ao cuidar de outras mulheres no sistema de saúde; a luta antirracista e pela igualdade de gênero. Quando falamos sobre desigualdades, abrangemos um grande conjunto delas que dizem respeito aos impactos e consequências de um processo histórico de colonização, a matriz da colonialidade, que é ferramenta para a manutenção da opressão e exploração dos povos originários.

Essas *práticas como resistência* são exercidas por parteiras tradicionais e obstetrizes no cuidar de mulheres e famílias que vivenciam diversas formas de violência presentes no sistema de saúde (seja público, seja privado) e construídas com base na classe social, na etnia/raça, na condição de gênero e na articulação destas – conceito especificamente denominado como interseccionalidade e já conceituado em capítulo anterior, pela perspectiva teórica feminista negra de Akotirene (2019).

O pensamento decolonial e as dimensões de gênero são o arcabouço teórico que nos inspira a analisar a interpretação das nossas entrevistadas e nos apoia na

discussão dos contextos político, social e histórico que elas vivenciam. Através dessas dimensões teóricas, discutiremos a possibilidade de romper com a ideia nortecêntrica do mundo e interpretar as práticas de cuidado que demandam um debate transversal entre gênero, classe e raça.

Resulta o desafio de analisar o conhecimento, a experiência do cuidado e a capacidade de compreendermos cada prática também como um ato político, em constante construção nas interações entre as diversas possibilidades de *cuidar*, a depender do contexto social, político, econômico e afetivo nas relações em cada grupo estudado (das parteiras tradicionais e das obstetizas). O conhecimento vivo e vivido a partir da experiência:

**Pesquisadora:** *Você sente onde está?*

**Dona Joana:** *Sente, sente sim. Sente a placenta, a gente sente a bolsa, né, tem muitas mulheres que têm a barrigona, mas tem muita água, a gente sente a bolsa d'água... né, que chamam, né, o pessoal chama de dianteira, né, bolsa d'água, né? A gente sente quando a mulher tem muita água na barriga, a gente pega porque está na frente da criança, né. Está a cabeça mas está a bolsa na frente, a gente vê quando ela é grande, quando é pequena, quando é parto seco que não tem, que já vem a criança não vem nada, dá pra sentir, a gente, com a experiência da gente, a gente descobre tudo isso... com experiência.*” (Dona Joana, parteira tradicional)

### 7.1.1 Diálogos Com o SUS e Enfrentamento das Desigualdades: as Parteiras Tradicionais em Resistência

A reflexão sobre a importância do Sistema Único de Saúde traz à tona o enfrentamento de grandes dificuldades: as desigualdades sociais, as assimetrias de equidade de acesso da população brasileira, a relação da formulação de políticas públicas e o próprio capitalismo. Ao mesmo tempo, ouvir as parteiras tradicionais do Amazonas e suas experiências com o SUS foi adentrar esse universo que une a história de colonização de um país, ameaças constantes aos povos da floresta e a luta do exercício de seus direitos sociais e de saúde.

O capitalismo não é somente um padrão de produção. É um complexo processo histórico-cultural, político e econômico que, em particular para as mulheres, integra o mecanismo de apropriação, opressão e exploração de corpos (trabalho e vida) (FEDERICI, 2017) e impacta as condições de saúde de todas as sociedades. Antes de tecer as falas das parteiras sobre sua realidade no SUS e entender as

iniquidades que vivenciam hoje, é preciso resgatar uma história política de saúde no Brasil, que tem sido afetada pelo estado capitalista desde antes da inauguração do sistema público de saúde.

Antes de 1988, o acesso à saúde era restrito àqueles que tinham condições de pagar e aos trabalhadores com carteira assinada, atendidos pelo antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência). Para todas as outras pessoas, a assistência era filantrópica. Na retomada da efervescência política, os movimentos sociais se uniram para a conquista de um Estado democrático de direito, em contraposição à ditadura militar que se estabelecia desde 1964 no Brasil. A proposta de uma reforma sanitária previa a saúde de forma estendida, tornando visíveis as desigualdades que impedem o exercício dos direitos à saúde.

Os princípios e diretrizes do SUS são resultado de um processo histórico e político que estruturou concepções de saúde-doença e gestão nas esferas administrativas do país. Sua base legal é constituída por três documentos: a Constituição de 1988 (BRASIL, 2016); a Lei 8.080 de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que estrutura a organização e a regulação das ações nos territórios nacionais (BRASIL, 1990a); e a Lei 8.142 de 1990, que estabelece a participação social no SUS a transferência de recursos (BRASIL, 1990b).

Tomaremos como *princípios* a denominação para as bases filosóficas e ideológicas do SUS e *diretrizes* como a estratégia e organização do sistema para o seu funcionamento, segundo o que propõe Matta (2007). Como princípios, temos inscritos na Constituição de 88: universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2016).

O princípio da universalidade está definido no artigo 196, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do estado. A noção de direito expresso na Constituição entende a saúde como resultado de um contexto econômico e social que não se reduz à concepção do processo saúde-doença. Isso quer dizer que, para uma população alcançar de fato padrões aceitáveis de saúde, são necessárias políticas econômicas e sociais que garantam tanto o acesso à saúde como o desenvolvimento social. Mais do que um projeto de saúde, o SUS é um projeto social, para uma sociedade mais justa e igualitária.

O princípio da equidade é uma proposta de regulação das diferenças, para que estas não sirvam de desigualdade no acesso e no exercício dos direitos à saúde.

Nesse sentido, assume-se o desafio de pensar e construir estratégias para a emancipação cívica e social expressas na Constituição e na luta histórica por direitos no país.

O princípio da integralidade proposto por Matta (2007) é marcado por diversos sentidos de integralidade presentes no campo da saúde, por exemplo: o histórico da ideia de um sistema único de saúde, epistemológico – conceito de saúde para organização de uma saúde integral; o planejamento e a formulação de políticas para a saúde integral, relacional entre trabalho, educação, saúde, formação e gestão de saúde. Com acesso à saúde básica e a serviços de saúde de complexidade, a assistência deve ser garantida a todas as pessoas.

No que diz respeito às diretrizes do SUS para sua organização, são identificadas três, que se articulam entre si: a descentralização – que corresponde à distribuição de poder, responsabilidades e recursos da esfera federal para a estadual e municipal; a regionalização – conhecer o território e o perfil social, econômico, cultural e epidemiológico para atender a suas necessidades específicas; e a hierarquização – a noção de organização por nível de complexidade (MATTA, 2007).

No sentido contrário das concepções biologicistas, o Sistema Único de Saúde se alicerça na ideia central de que a saúde depende de um bem-estar social, o que significa condições de alimentação, moradia, transporte, lazer e educação, por exemplo. Tanto é que o SUS é estabelecido como seguridade social, de acordo com os artigos 196 e 200 da Constituição, e toda a população tem o direito universal do acesso aos serviços de saúde. A aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, foi uma conquista da classe trabalhadora, rompendo com a exclusão até então existente. O controle social está previsto como participação social na regulação do SUS, inclusive.

É evidente a contraposição existente entre as diretrizes do SUS e o modelo social capitalista, marcado pela mercantilização das diversas formas da vida. As crises que o capitalismo enfrentou na transição dos anos 1960 para 1970, com seus sinais de esgotamento da produção e o desemprego estrutural, trouxe outras alternativas, como o ideário neoliberal e a privatização intensa das políticas sociais, transferindo a responsabilidade do estado para a iniciativa privada. As subcontratações e a precarização do trabalho impulsionam a produtividade e a elevação dos lucros (ROSADO e FREITAS, 2020).

O processo de contrarreforma de matriz neoliberal torna cada vez mais difícil a implementação do sistema universal, o que tem movimentado iniciativas como o “SUS Possível”, que promove uma flexibilização dos princípios propostos na reforma sanitária. Os projetos de privatização são abordados como Organizações Sociais (OSs) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), entre outras, alocando parcelas importantes do recurso público na rede privada e fragilizando os princípios democráticos do SUS (ROSADO e FREITAS, 2020).

A garantia dos direitos em saúde enquanto exercício da cidadania também tem sido uma das principais lutas que as parteiras tradicionais enfrentam no seu cotidiano para facilitar o acesso das mulheres à rede pública de saúde. Para contar essa história dos últimos 30 anos, o trabalho de Fleischer (2011), nos ajuda a entender esse percurso de políticas e tentativas de inserção das parteiras no SUS.

Agências internacionais como a Organização das Nações Unidas e o Fundo das Nações Unidas têm recomendado aos países do sul, há décadas, cursos de treinamento para as parteiras tradicionais – não com o intuito de incentivar o parto domiciliar, mas para produzir estratégias de redução da mortalidade materna e neonatal.

Muitas parteiras são a referência mais importante do lugar em que vivem. São mulheres que se utilizam dos instrumentos políticos disponíveis para conseguir comunicação com os aparelhos de saúde pública e atravessar as diversas desigualdades, a fim de suprir as necessidades de cuidados da população (WATSON, 2022; FLEISCHER, 2011). Essas parteiras atravessam rios e comunidades ribeirinhas a cavalo, a pé ou em pequenos barcos para dar continuidade ao cuidado nos nascimentos em suas localidades e ajudar mulheres nas dimensões sexual e reprodutiva de sua vida.

Esse saber de resistência que envolve amor, coragem e cansaço e trabalho não remunerado (a maioria dessas mulheres trabalha sem reconhecimento formal do governo federal e sem nenhuma remuneração) mantém-se de gerações em gerações, quase totalmente pela oralidade. A prática nasce do “ouvir” e do “observar”:

*“Eu recebi as instruções da minha avó, eu **ouvindo** ela falar para as outras, dentro de casa para a minha mãe, eu ouvi, então **não foi a prática de eu fazer, foi de eu ouvir, então as instruções... observar, ficá observando a minha avó conversando, minha avó falando, minha avó dizendo...**” (Dona Joana, parteira tradicional)*



Por meio da oratura (SANTOS, 2018b), os povos originários organizam a manutenção de seus saberes, passando-os de geração a geração. A lógica hierárquica entre oralidade e escrita é advinda do conceito dos povos ocidentais, e, por isso, desde o processo de colonização, os indígenas foram considerados sem histórias, o que criou um conseqüente distanciamento entre as culturas de tradição oral e o conhecimento científico.

O monopólio do conhecimento exercido em grande parte pela *ciência masculina branca* gerou estruturas racistas e sexistas, ao desqualificar outras vozes do conhecimento e se afirmar como aquela mais adequada (GROSFOGUEL, 2016; MIGNOLO, 2008), mantendo o controle da formação médica em outras áreas da saúde e fomentando o privilégio epistêmico da obstetrícia escrita por médicos

*“Mas a profissão da vida ensinou. E muito bem ensinado. Porque eu não vejo uma parteira menor do que um doutor. Estudou oito, dez anos, doze anos para se formar numa faculdade, não vejo ela menor do que ele de jeito nenhum. Porque ele tem o conhecimento, ele tem a ciência, e ela tem a sabedoria. Né? Ele tem a teoria, e ela tem a prática. Você está entendendo?”* (Trecho da entrevista com a parteira Tabita)

A partir daí, na história do Brasil, especificamente, há um processo de epistemicídio dos saberes populares das parteiras tradicionais, que ao longo da história da formação da medicina obstétrica no país, também conduzida por um projeto de colonização, privilegiou a ciência médica e o pensamento europeu na construção desse conhecimento, dispensando a comunicação com os saberes não hegemônicos – seja porque fossem mulheres, seja porque fossem negras, indígenas ou de camadas muito pobres da sociedade (MOTT, 1999).

*“Sim, a minha mãe, hoje ela vê, a gente vê, pelos estudos, que a gente já teve de muitas oficinas, que eles dizem cientificamente que não existe a mãe do corpo, mas para a gente que nasceu conhecendo, vendo e cuidando da mãe do corpo, quem sou eu para tirar da cabeça dessas pessoas e dizer que não existe a mãe do corpo? Então eu só faço ajudar, mas com os dois conhecimentos, com o tradicional...”* (Trecho da entrevista com a parteira Tabita)

Houve, portanto, a “[...] destruição de algumas formas de saberes locais à inferiorização de outros, desperdiçando-se, em nome dos desígnios do colonialismo, a riqueza de perspectivas presente na diversidade cultural e nas multifacetadas visões do mundo por elas protagonizadas” (SANTOS, B. e MENESES, 2009, p. 183).

Os contextos interculturais, como os das regiões em que atuam parteiras tradicionais do interior do Brasil, trazem consigo o encontro das diversas formas de saber e nos desafiam para o reconhecimento e desconstrução da hierarquia do fazer ciência (SCHWEICKARDT et al., 2020).

O conceito do pluralismo epistemológico, que contempla diversas perspectivas de conhecimento, abre espaço para que desenhemos outras práticas em saúde, por meio de construções coletivas de saberes interculturais, ao invés de multiculturais, o que nos ajuda a compreendê-los:

Toda experiencia social produce y reproduce conocimiento y, al hacerlo, presupone una o varias epistemologías. Epistemología es toda noción o idea, reflexionada o no, sobre las condiciones de lo que cuenta como conocimiento válido. Por medio del conocimiento válido una determinada experiencia social se vuelve intencional e inteligible. No hay, pues, conocimiento sin prácticas y actores sociales. Y como unas y otros no existen si no es en el interior de las relaciones sociales, los diferentes tipos de relaciones sociales pueden dar lugar a diferentes epistemologías. Las diferencias pueden ser mínimas y, aunque sean grandes, pueden no ser objeto de discusión; pero, de cualquier modo, muchas veces están en el origen de las tensiones o contradicciones que las experiencias sociales presentan, sobre todo cuando, como suele ser el caso, están formadas por diferentes tipos de relaciones sociales. En su sentido más amplio, las relaciones sociales son siempre culturales – intraculturales o interculturales – y políticas – representan distribuciones desiguales de poder. Siendo así, todo conocimiento válido siempre es contextual, tanto en términos de diferencia cultural. Al contrario del multiculturalismo, que presupone la existencia de una cultura dominante que acepta, tolera o reconoce la existencia de otras culturas en el espacio cultural donde domina, la interculturalidad presupone el reconocimiento recíproco y la disponibilidad para el enriquecimiento mutuo entre las diferentes culturas que comparten un determinado espacio cultural. Más allá de ciertos niveles de diferencia cultural y política, las experiencias sociales están constituidas por varios conocimientos, cada uno con sus propios criterios de validez, es decir, están constituidas por conocimientos rivales. (SANTOS e MENESES, 2014, p. 7-8).

No Brasil, especificamente na década de 1940, iniciou-se o processo de cursos para parteiras com a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e em Minas Gerais. Hoje, as parteiras têm sido foco também das políticas públicas, especialmente daquelas de algumas regiões do Nordeste (Fleischer, 2007).

O trabalho da ONG feminista Grupo Curumim Gestação e Parto, quando foi criada, em 1989, por diferentes profissionais da saúde, terapeutas e educadores, alavancou esse trabalho de humanização do parto, com projetos de capacitação de parteiras em colaboração com o SUS.

A conversa cada vez mais próxima entre organizações políticas, movimentos sociais e aparelhos governamentais oficiais, com a criação do SUS, em 1988, contribuiu para que em 1991 o Ministério da Saúde criasse o Programa Nacional de Parteiras Tradicionais.

Com a expansão do trabalho da ONG Curumim, o MS terceirizou seu trabalho de treinamento de parteiras tradicionais para outros estados brasileiros: Pará, Amapá, Amazonas, Acre, Roraima, Bahia, Paraíba, Maranhão, Ceará, Alagoas, Minas Gerais, Goiás e Mato Grosso. Os principais objetivos dos cursos, segundo a autora, eram: conhecer o perfil das parteiras e de seus atendimentos; a anatomia do corpo feminino; pré-natal; sinais de complicações na gravidez, parto e pós-parto; construção do plano de referência dentro do sistema de saúde local; higiene; distribuição do kit da parteira, com tesoura, caixa de inox, escova e sabão para lavar as mãos, gazes, luvas descartáveis, lanterna, bacia de inox, lençol de plástico, fio para amarrar cordão; Pinard; balança com alças; fraldas; fita métrica; camisetas com o logotipo das organizações envolvidas e o “Livro da parteira” (MS, 2012)<sup>64</sup>, produzido pelo Ministério da Saúde.

No ano 2000, foi criado o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT), com o claro objetivo de responsabilizar o SUS pelos partos e nascimentos em ambiente domiciliar. Nesse projeto, previa-se que houvesse a sensibilização de gestores e profissionais de saúde no reconhecimento dos saberes e práticas das parteiras tradicionais. Dessa forma, a intenção era valorizar, qualificar e articular o trabalho delas com o SUS, segundo consta no livro lançado pelo MS chamado Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteira tradicional” (MS, 2010).

Segundo o ministério, a definição de parteira tradicional é aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida como tal por sua comunidade (BRASIL, 2010). O trabalho da antropóloga Fleischer (2007) recupera as ondas de estudos a respeito de parteiras tradicionais e volta a atenção para aquela que também inspira seu trabalho, a chamada abordagem “sócio-econômico-simbólica”. O interessante a respeito do debate antropológico no campo das parteiras e do parto é a importância de não homogeneizar as parteiras, contextualizando sempre as suas ações com a realidade social em que vivem.

---

<sup>64</sup> Essa é uma edição de 2012, mas a primeira versão ocorreu no ano 2000. O livro está disponível no link: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_parteira\\_tradicional.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_parteira_tradicional.pdf)>.

O desafio sobre o diálogo entre os conhecimentos e a inserção das parteiras no SUS tem sido um debate polêmico, quando notamos que, a partir da tentativa da troca de conhecimentos e experiências, valorizam-se o conhecimento científico e o silenciamento das práticas das parteiras tradicionais.

Se, por um lado, os cursos e treinamentos permitem essa aproximação de saberes, coloca-se o grande desafio de não conceber o conhecimento científico médico como aquele superior ao das próprias parteiras. Afinal, do que as parteiras necessitam? Luvas e tesouras ou valorização e comunicação com o sistema de saúde local?

Segundo um artigo que apresenta o projeto Diagnóstico da Situação do Parto Domiciliar no Tocantins e Cadastramento de Parteiras Tradicionais, vinculado ao PTPT, ainda há lacunas e falta de evidências sistemáticas a respeito dos impactos das ações do programa sobre as práticas das parteiras e os desfechos perinatais (GUSMAN, RODRIGUES e VILLELA, 2019).

Durante a entrevista, Tabita se refere aos conhecimentos aprendidos sobre parto na água, nas oficinas para parteiras tradicionais:

*“(...) eu tinha sonho de ver parto, fazer um parto ou ter um bebê na água, e ver essas coisas que sempre que eles dão essas oficinas para nós, vêm obstetras na área, e mostra no vídeo como pode acontecer, tem parto... A gente vê várias coisas, e a gente aprendeu muito com isso, né? Aí, quando eu pude ver ao vivo e a cores, dia 24 de junho, o ano passado, de 2021, ah, mana! Aí eu fui à loucura!” (Tabita, parteira tradicional)*

Se por um lado há tentativas de aproximação entre epistemes, nas oficinas com parteiras tradicionais, também há que se refletir o debate sobre a hierarquia das práticas, quando as próprias parteiras podem entender que aquelas de origem biomédica são superiores em relação às suas, tradicionais. O encontro desses conhecimentos não deveria produzir assimetrias de poder, e sim permitir que essas mulheres exerçam o direito de se transformar como atores sociais que estão em constante construção e mudança.

A consciência da permanência marginalizada das parteiras tradicionais, que não têm o reconhecimento como profissionais que integram o sistema de saúde local, é parte da sensação de injustiça vivida pela maioria daquelas entrevistadas:

*Eu falo por todas as parteiras nesse momento, eu falo por todas as parteiras que não têm a oportunidade que eu estou tendo de agora, então é por isso que eu estou falando. Levando isso às autoridades maiores, que são vocês que estão chegando, que estão estudando e que estão pesquisando, e ver isso com um olhar diferente, que nós não temos esse olhar. Fazemos parte do SUS, sim, podemos fazer, sim! Não é porque eu não sei assinar meu nome que eu não posso fazer parte do SUS. (Trecho da fala da parteira Tabita)*

Um artigo que analisa as publicações sobre as parteiras tradicionais e suas práticas no período entre 1998 e 2018 – uma revisão integrativa (RI), com 14 artigos selecionados – resultou em uma discussão sobre o papel das parteiras tradicionais em contextos inerentes às desigualdades sociais que afetam o acesso aos serviços de saúde. O texto indica a necessidade do diálogo sensível entre os saberes e práticas das parteiras tradicionais e o sistema de saúde, para que a assistência oferecida possa valorizar a diversidade dos cuidados em saúde nos diversos territórios (SOUSA, SCHWEICKART e LIMA, 2022).

O artigo ressalta ainda a importância de ampliar cada vez mais as pesquisas em torno dos saberes e práticas de parteiras tradicionais – e, ao que pude perceber na trajetória das minhas entrevistas em campo, a grande necessidade de entender como o sistema público de saúde pode apoiar essas profissionais para que toda população tenha facilitado o acesso aos serviços públicos (SOUSA, SCHWEICKART e LIMA, 2022).

Mais do que recursos para “treinamentos” de práticas, as parteiras tradicionais apontam para a necessidade de sua valorização e inserção dentro sistema de saúde, de modo que suas práticas possam ser respeitadas. Nenhuma das entrevistadas fez apelo por kits de higiene e instrumentos da obstetrícia médica moderna: elas pedem por transporte e comunicação com o sistema de saúde, quando é preciso uma transferência para o hospital ou uma consulta médica para a avaliação de intercorrências.

Na comunidade ribeirinha Deus É Pai, Tabita, a parteira tradicional local, interage diretamente com os agentes de saúde do SUS e facilita o diálogo para a avaliação de risco durante suas visitas de pré-natal:

*Durante o mês, ele [ACS – agente comunitário de saúde] faz duas, três visitas, dependendo da saúde dela. Se ela for uma mulher sadia, que não sofra de pressão, não sofra de colesterol, não sofra diabetes, não sofra essas coisas que mexe com a pressão arterial da mulher, né, então ele, há três visitas, duas visitas por mês que ele*

*faz. Mas quando ela passa a ter esse problema, ele faz mais, né? Ele vai lá, medir a pressão dela, ver como ela está. O que acontece se de repente ela passou mal, ele leva para a cidade, imediatamente a gente tinha, porque agora nós estamos em falta, estamos esperando por um milagre de nós ter novamente um SOS, né, que é uma baleeira já com bote, o motorzinho para levar direto para a cidade... E a gente tem esse apoio do município na área da saúde, né. Aconteceu alguma coisa, o acesso está.... Muita das vezes ele quer ou eles querem que a gente acompanha, aí a gente acompanha. Mas quando vê que não é perigo, a gente entrega para o ACS e ele se encarrega de levar até a sede do município, e lá os profissionais de saúde do município já tomam de conta. (Trecho da fala da parteira Tabita)*

A organização da atenção à saúde na comunidade Deus É Pai dentro do SUS acontece pelas Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), que são embarcações com Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), contempladas com mobiliário e equipamentos necessários para atender a população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e do Pantanal sul mato-grossense, garantindo o cuidado às suas populações, como previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).<sup>65</sup>

*“Porque de dois em dois meses agora, antigamente era assim que nem eu estou falando, só que agora de uns 3 anos para cá, ou dois anos e meio... nós temos uma UBS fluvial que ela dá assistência para nós de dois em dois meses. Então ele passa, ele agenda tudinho aquilo, faz o levantamento leva, a UBS chega aqui, faz a consulta. Se a UBS faz, eles fazem os exames. Se é preciso levar para a sede do município, eles já encaminham para lá para fazer outros exames.” (Trecho da fala da parteira Tabita)*

As UBSFs são uma iniciativa que pretende superar as iniquidades no contexto do Sistema Único de Saúde, pensando na imensa, complexa e diversa realidade nos territórios brasileiros. A Amazônia Legal, por exemplo, abarca mais da metade do território nacional.

Em um estudo sobre as Unidades Básicas de Saúde Fluviais, El Kadri et al. (2019) avaliaram a iniciativa desse modelo assistencial, em particular na região de Igarçu, em Borba (AM), e o perceberam como uma possibilidade tecnoassistencial que viabiliza a inclusão das populações historicamente excluídas da atenção à saúde. Todavia, é necessária uma avaliação mais aprofundada sobre impactos do programa,

---

<sup>65</sup> Essas informações estão disponíveis no site do MS: <https://aps.saude.gov.br/ape/esfr>. Acesso em: 10 out. 2022.

custo-efetividade e gestão do trabalho, que lida com a grande questão da permanência das equipes de profissionais.

É evidente a participação ativa da parteira Tabita na articulação entre as mulheres de sua comunidade e o sistema de saúde local, o que reforça a importância de seu trabalho e a interação que ela tem com as mulheres na comunidade Deus É Pai:

*Sim, que ele todo mês eles têm uma... entrega de produção, né, no município. (...) e tem reunião com os responsáveis, com os enfermeiros, e aí eles repassam a situação que tá acontecendo. Aí o que for preciso ser atendido com urgência ou com emergência, eles fazem esse atendimento.* (Trecho da fala da parteira Tabita)

O vínculo que é estabelecido entre Tabita e as mulheres da comunidade é um dos principais fatores que propiciam a interação delas com o sistema de saúde, fortalecendo a rede de atenção pré-natal na sua comunidade:

*Que muitas coisas que ela não pode conversar com ele, ela conversa com a gente, a gente repassa "Olha é assim, assim. Tem que fazer dessa maneira, tem que pedir isso", né...* (Trecho da fala da parteira Tabita)

Em outra comunidade, na reserva indígena de Missões, a parteira Sebastiana relata como o parto no hospital pode amedrontar as mulheres, pois elas sabem que nesses cenários há práticas violentas e a entrada da parteira não será permitida, apesar de existir uma legislação do estado do Amazonas<sup>66</sup> que garante o acesso da parteira tradicional, além do acompanhante, durante o parto.

*Aqui é muito melhor. A gente prepara um chá, faz uma massagem nas pernas, nas costas. Tudo com o maior carinho. No hospital, não é assim. Eles te jogam lá e às vezes não vão nem olhar. Uma das minhas filhas teve o bebê sozinha no banheiro do hospital* (Trecho de fala da parteira dona Sebastiana)

Outro estudo recente sobre as UBSFs em comunidades ribeirinhas, na região do Amazonas, mostra maior cobertura dos exames citopatológicos das mulheres na

---

<sup>66</sup> AMAZONAS (Estado). Lei n. 5.312, de 18 de novembro de 2020. Autoriza a presença de parteiras durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente, nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do Estado do Amazonas. **Diário Oficial do Amazonas**, Manaus, 26 nov. 2020. Disponível em: <<https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2020/11112/5312.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2023.

faixa etária preconizada entre 25 e 64 anos; maior cobertura vacinal da população; atendimentos odontológicos; realização de exames laboratoriais; além da intensificação dos serviços de prevenção e educação em saúde (REIS et al., 2020). As principais hipóteses diagnósticas foram verminoses (25,1%), intercorrências gástricas (21,8%), síndrome gripal (18,8%), dor em geral (16,1%), que engloba cefaleia, mialgias, dor de dente, artralgias etc., intercorrências dermatológicas (9,6%) e infecção do trato urinário (8,5%), entre outras, o que corrobora outros estudos.

As hipóteses diagnósticas também apontam para a falta do Estado na promoção de saneamento básico e energia elétrica e as recentes violências<sup>67</sup> dos piratas de rio na região do Amazonas. Por isso, as parcerias intersetoriais são fundamentais para que as estratégias das UBSFs sejam eficazes para as comunidades ribeirinhas.

No caso da comunidade Deus É Pai, a energia elétrica é provida através de um gerador movido a diesel. Quando chegamos, havia acabado o combustível e fazia quinze dias que não chegava um novo abastecimento. Várias implicações são sentidas pelos moradores, pois sem energia elétrica as geladeiras não funcionam; peixes e açaís, que são a base alimentar da comunidade, acabam se estragando.

A sazonalidade do acesso às UBSFs também dificulta a continuidade da atenção básica à saúde. No caso das mulheres, se há uma emergência e não está disponível uma rabetá, o deslocamento até a cidade mais próxima se torna inviável.

## **Estratégias para o reconhecimento do trabalho das parteiras**

### **O cadastro como parteira tradicional**

Durante as entrevistas, fui percebendo que havia um processo de cadastramento das parteiras do Amazonas acontecendo já havia alguns anos. Esse processo é fruto do apoio do Instituto Mamirauá às parteiras tradicionais do Amazonas

---

<sup>67</sup> O aumento do garimpo ilegal, a intensificação das rotas de cocaína pelos rios da região e a ausência do Estado com as forças de segurança é uma das razões do crescimento da violência pelos rios do Amazonas, segundo notícias recentes. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/08/piratas-atacam-trafficantes-e-garimpeiros-simulam-pf-e-ampliam-violencia-em-rios-da-amazonia.shtml>. Acesso em 26/10 /2022.



e à criação da APTAM, a Associação Algodão Roxo, que organiza encontros que promovem a valorização da cultura tradicional local.

Muitas parteiras tradicionais são alocadas como ACS na sua comunidade. Segundo o pesquisador da Fiocruz Amazônia Julio Schweickardt essa é uma possibilidade de inserção da parteira tradicional no SUS, com a garantia de que elas tenham uma remuneração enquanto não podem ser inseridas como uma categoria profissional sem formação acadêmica:

O que a gente tem falado para os municípios é que eles podem contratar parteiras como agentes comunitárias de saúde ou doulas, auxiliando nos partos. O que não pode é elas ficarem sem remuneração enquanto não tiver uma legislação federal ou estadual que as permita receber (Trecho da fala do professor Júlio em matéria publicada na revista Mongabay, 2020.).<sup>68</sup>

Esse é o caso de Joana e Tabita na comunidade Deus É Pai; elas se tornaram ACS e realizam o cadastramento de outras parteiras na região:

*Porque eu saí aqui, eu trabalhava na época como agente comunitário de saúde, aonde fui acionada para fazer procuração das parteiras aqui dentro do Rio Tefé. Aí, eu saí procurando aqui pelo Aranatuba, na Sova, ali no Pachubinha né, que era para mim fazer um cadastro para levar né, para lá para a cidade... não achei ninguém, ninguém queria... tinha medo, não sei o quê (...). No fundo tinha [medo] né, mas elas não queriam se identificar, né, porque tinham medo pensando que talvez fosse uma outra coisa, né. (Trecho da fala da parteira tradicional dona Joana)*

Dona Fátima é parteira tradicional na comunidade ribeirinha de Ponta da Sova, mas prefere não se identificar como tal, embora já tenha ajudado muitas mulheres a parir. Tabita, que nos levou até ela, insistiu em questioná-la sobre seu ofício. Durante o percurso de voadeira até Ponta da Sova, ela me contou que estava se esforçando enquanto presidente da Associação Roxo para resgatar parteiras que se sentiam ameaçadas ou que estavam desistindo da profissão.

**Tabita:** *Teve um momento que você fez o parto da tua filha lá na Santa Cruz que não tinha esse medo, tu não pensava nisso?*

**Dona Fátima:** *é, eu... só era eu e ela. Foi o jeito que teve eu pegar para o menino não cair no chão.*

---

<sup>68</sup> Disponível em: <https://brasil.mongabay.com/2022/07/a-luta-das-parteiras-tradicionais-da-amazonia-pelo-reconhecimento-da-profissao/> Acesso em 26/10/2022.

**Tabita:** *Sim, mas aí era que é por isso que eu queria que tu contasse a experiência”*  
(Diálogo entre as parteiras tradicionais Tabita e Fátima durante a entrevista)

Tentando tecer com ela a memória do tempo, quando acompanhou partos em outra comunidade, Tabita foi ajudando Fátima a lembrar alguns partos. Aos poucos, ela foi contando sobre como aprendeu a ser parteira:

**Dona Fátima:** *Foi, foi... aprendi com ela fazendo aquilo que eu via num era, como era que fazia. Aí quando foi para mim pegar ele [o bebê], aí eu já sabia como que era.*

**Pesquisadora:** *Certo! E a idade mais ou menos que a senhora tinha quando acompanhou a primeira vez com essa outra parteira?*

**Dona Fátima:** *Maniiiiinha, eu não sei nem, nem me lembra a idade que eu tinha, pois... mas eu era mais nova, não tinha nem sinal de cabelo branco ainda.*  
(Diálogo entre a parteira tradicional Fátima e a pesquisadora durante a entrevista)

Hoje, dona Fátima conta que não “puxa” mais barriga nem acompanha partos, mas explica que já “ajudou” mulheres da sua comunidade. É interessante como a “ajuda” que ela conta prestar não é entendida por ela como prática do ofício de uma parteira tradicional. Tabita se surpreende com a postura de Fátima e pede a ela que se lembre das vezes que “precisou ajudar”.

**Pesquisadora:** *E aqui onde a senhora mora as pessoas vêm te procurar para ajudar?*

**Dona Fátima:** *Não, ainda não vieram não aqui não, mas eu já fui ali para o quarto de uma menina que estava... aí, aí eu fui lá...*

**Pesquisadora:** *Para ajudar?*

**Dona Fátima:** *(Balança a cabeça em sinal positivo).*

**Tabita:** *Mas tu, tu continua pegando barriga, ajeitando os bebês, das tuas netas, tuas filhas?*

**Dona Fátima:** *Não, que elas já tem tudo só lá no hospital, aí eu não tô mais não...*

**Tabita:** *Mas para ajeitar a barriga, tu ainda continua?*

**Dona Fátima:** *Não faço mais isso não...* (Diálogo entre as parteira tradicional Fátima, a pesquisadora e a parteira tradicional Tabita)

O conceito de epistemicídio pode nos ajudar na compreensão sobre como alguns conhecimentos são apagados ao longo do tempo quando o pensamento biomédico pode oprimir outra forma de entender e exercer o ofício de parteira (SANTOS, 2018b).<sup>69</sup> Nem sempre esses processos de apagamento passam por um

---

<sup>69</sup> A falta de reconhecimento da oratura das parteiras tradicionais é uma das formas de epistemicídio dos saberes tradicionais. A tentativa de um registro oral nos estudos pós-coloniais pode ser uma saída, propondo o diálogo como registro. Santos (2018a) nos recorda que, para a ciência moderna, devemos ouvir e também aprender a escutar. Segundo ele, escutar seria “tentar experimentar

embate ou enfrentamento, mas, ao contrário, podem aparecer como “perdas” de memória da identidade dentro da própria comunidade. A disponibilização de cursos de formação para parteiras tradicionais para que elas possam ser cadastradas e reconhecidas como tal é entendido por Tabita e dona Joana como uma das formas de resistência que as parteiras têm organizado na região junto da Associação Algodão Roxo.<sup>70</sup>

**Joana:** *Aí eu saí procurando aqui pelo Aranatuba, na Sova, ali no Pachubinha, né, que era para mim fazer um cadastro para levar, né, para lá... para a cidade não achei ninguém, ninguém queria... tinha medo, não sei o quê...*

**Pesquisadora:** *Tinha medo?*

**Dona Joana:** *Não queria né, ninguém queria.*

**Pesquisadora:** *Mas no fundo tinha?*

**Dona Joana:** *No fundo tinha, né, mas elas não queriam se identificar, né, porque tinham medo pensando que talvez fosse uma outra coisa, né.*

**Pesquisadora:** *Sim, que fosse achar que era ruim?*

**Dona Joana:** *Prejudicar elas, né!*

**Pesquisadora:** *Prejudicar elas?*

**Tabita:** *Sim, que nem aquela lá (tenta se lembrar do nome de uma parteira).*

**Dona Joana:** *Né... E tinha um nervoso, sei que não achou, só foi eu, na época fez o meu cadastro, foi cadastrada, que eu já era reconhecida porque eu trabalhava na área da saúde e como parteira também, né, mas acharam que não era bom a gente ser parteira sem fazer algum curso, ter seu certificado, que é para provar aquilo que você é, né! (Diálogo entre as parteiras tradicionais Tabita e dona Joana, Tabita e a pesquisadora)*

Dona Joana explica que o medo de algumas parteiras em realizar o cadastro está relacionado à possibilidade de que elas pudessem ser punidas em razão de serem parteiras tradicionais. O cadastro era entendido como uma possível ameaça de “controle” para punir o trabalho delas. Esse é um dos motivos da dificuldade de cadastrar as parteiras da região, porque além de buscá-las em suas comunidades, Tabita explica que é preciso valorizar seus trabalhos e recuperar sua valorização nas comunidades.

### **Estratégias para o reconhecimento do trabalho das parteiras – O cadastro como parteira tradicional**

---

efetivamente a incompletude do conhecimento (...). Ouvir é só reduzir ao seu próprio paradigma” (SANTOS, 2018<sup>a</sup>, p. 87).

<sup>70</sup> A folha de cadastro para as parteiras tradicionais da Associação Algodão Roxo consta no anexo 7, ao fim da tese.

A obtenção de um cadastro oficial como parteira tradicional é motivo de orgulho para dona Joana, que revela sua importância na valorização da profissional. A Associação das Parteiros Tradicionais do Amazonas (APTAM) tem feito esse trabalho de captação para o cadastramento das parteiras tradicionais na região, embora não seja tarefa fácil:

*E aí foi o que eu fiz, me cadastrei lá, estava cadastrada lá, aí foi o tempo que eu cadastrei ela também, a Tabita, como minha ajudante né... (...) E é nessas comunidades que eu procurei e não achei como hoje tem né? Que a minha filha foi cadastrada como a minha ajudante, eu na época recebi o meu certificado e ela não recebeu porque ela é minha ajudante, e hoje é bom saber que ela é parteira também cadastrada né, com certificado e até presidente da associação de todas as parteiras, que privilégio né? (Trecho da fala da parteira tradicional dona Joana)*

A articulação das parteiras tradicionais e a Associação das parteiras tradicionais do Amazonas (APTAM) com aparelhos governamentais têm sido fomentadas a partir do engajamento das próprias profissionais, com o apoio da Fiocruz e do Instituto Mamirauá. A principal requisição das parteiras é ser respeitadas e reconhecidas nos serviços de saúde, além da luta por remuneração justa pelas prefeituras locais. Nas palavras de dona Graça:

*Eu acho que para as parteiras deveria ter assim, vamos dizer, ter um salário ou uma coisa assim, né. (Trecho da fala da parteira dona Graça)*

Nessa mesma linha de argumentação, Tabita afirma que o trabalho de parteira é um ofício como o de outros profissionais em prol da comunidade e que, de certo modo, elas assumem a responsabilidade por cuidar do bem-estar das pessoas na sociedade. Concluí afirmando a importância de as parteiras buscarem o reconhecimento de seu trabalho. Provavelmente, ela entende que o cadastro como parteira é o primeiro passo nesse sentido:

*Bom... Agora para o presidente, se classe policial, militar, marinha, exército, aeronáutica, presidente, deputado, senador, governador, prefeito, vereador, doutor, médico, juiz tem direito de receber pelo seu trabalho, por que nós como parteiras também não temos direito de receber? Será que somos pior do que eles? Ou fazemos pior do que eles? Eles não salvam vidas? Eles não lutam pela vida? Eles não lutam pela sobrevivência? Será que nós não estamos fazendo a mesma coisa? Será que nós não nos enquadrados aí? Não entra essa pecinha no quebra-cabeça deles? Por que não, nós podemos receber também pelo que fazemos? Porque já fizemos muito,*

*não é alegando o que fazemos, mas fazendo valer o que fazemos. Porque eles fazem valer o que eles fazem.* (Trecho da fala da parteira Tabita)

### **Rede de material de suporte: transporte**

No contexto das comunidades ribeirinhas, o auxílio das instituições públicas governamentais para deslocamentos pelos rios da floresta é importante quando a parteira precisa ir até a casa das mulheres ou mesmo levá-las para o hospital. A falta de transporte ágil, como a voadeira<sup>71</sup>, inviabiliza a elas chegar a tempo e evitar danos a mulheres e bebês.

*Já a gente precisa, é a maior coisa que a gente precisa é do apoio deles (do governo brasileiro) né, essa é a maior, é o princípio fundamento é do apoio... que eles nem ligam para gente, né, nem ligam... os tipos de apoio, por exemplo a gente, a gente vai, muitas das vezes a gente está aqui na comunidade, mas muitas das vezes a gente precisa sair, a gente precisa sair, a gente precisa assim do, de uma canoa, um motorzinho ou uma coisa que seja mais ligeiro para chegar logo lá né, aí esse é um tipo de coisa que a gente, muitas das vezes o camarada vem com a gente, vem num rabetinha né, e a gente custa a chegar lá, né?* (Trecho de fala da parteira dona Joana)

No relato fica evidente que elas conseguem um transporte, mas que este não é rápido o suficiente, como demandam os casos de saúde.

### **Os saberes das parteiras tradicionais na convivência com a floresta**

Ao mesmo tempo que ajudam mulheres a gestar, parir e cuidar de seus filhos, as parteiras também são articuladoras da comunidade: trabalham no extrativismo vegetal local, mantendo uma sabedoria oral sobre os conhecimentos da floresta.

Os que se chamam beiradeiros nasceram ali, do confronto com a floresta. O que são é uma vitória da floresta que os tornou parte, absorvendo-os do seu corpo e misturando-os aos seus fluidos. Os beiradeiros fizeram a beira dos mundos, do entremundos, resistência e insurreição. Esse parto os aproxima dos quilombolas, que se forjaram na floresta e em diferentes geografias como gente outra, filha não da escravidão, mas do levante (BRUM, 2021, p. 95).

---

<sup>71</sup> As voadeiras são estruturas de alumínio com motor, e as rabetas são canoas com potencial menor de deslocamento. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Voadeira>.

Em vários momentos, as parteiras falaram sobre plantas nativas e o modo como conseguem encontrá-las por onde vivem, na beira dos rios, resistindo ao próprio processo da colonização, da destruição das comunidades indígenas e quilombolas pelo garimpo ilegal e pela máfia dos “atravessadores” que mantêm um sistema de exclusão e exploração dos povos ribeirinhos.

As parteiras reconhecem a importância da tradição e dos saberes adquiridos ao longo da vida na convivência com a floresta. Os chás e os preparados têm funções específicas, como nos explica dona Sebastiana sobre o chá de cacau e cará:

**Dona Sebastiana:** *Eu tenho as minhas plantinhas aí que eu faço chá, né...*

**Pesquisadora:** *Que plantinhas que é?*

**Dona Sebastiana:** *O nome é cará, né, cará, acho que a senhora conhece cará, né?*

**Pesquisadora:** *Cará conheço, acho que sim...*

**Dona Sebastiana:** *Por que que eu faço dessa maneira? E o olho do cacau, por quê? Porque nós temos uma tradição, que nós não podemos perder elas. Ela é principal, porque o cacau, ela tem tipo um liquidozinho liso, e o cará também, você quebra o olho dele, você pode pegar que ele tem aquele líquido liso.*

**Pesquisadora:** *Sim, de dentro da onde, da semente?*

**Dona Sebastiana:** *Do talo, e aí a gente vai fazer o chá daquelas duas coisas, do cacau e do cará.*

**Pesquisadora:** *Entendi, e aí esse chazinho, ele ajuda como assim as mulheres?*

**Dona Sebastiana:** *Ajuda porque tem muitos partos que a mulher tem um parto seco né, seco... não tem aquele líquido suficiente para a criança descer, né.*

**Pesquisadora:** *Porque o líquido a senhora acha que faz o quê no trabalho de parto?*

**Dona Sebastiana:** *Ajuda, vem mais rápido. E, quando o parto é seco, ele vem descendo de...*

Nesse caso, dona Sebastiana usa o chá como um modo de facilitar a passagem mais rápida do bebê pela vagina. Ainda no sentido de ajudar no processo de nascimento, ela também prepara um chá que ajuda a mulher a se tornar mais alerta e focada no processo. Nesse sentido, é importante lembrar que no trabalho de parto a mulher muitas vezes fica exaurida, e ela precisa ajudar, daí a importância de estar alerta:

**Pesquisadora:** *E, e além desse chá, que ajuda, tem algum outro chá que a senhora costuma preparar para alguma situação assim no parto?*

**Dona Sebastiana:** *Tem. Eu faço chá, eu amorno a água né, eu tiro três, três daquela pimenta do reino...*

**Pesquisadora:** *Sim, a bolinha...*

**Dona Sebastiana:** *É a bolinha, três bolinhas daquela, pilo bem piladinho, coloca uns dois dedos de água, e dou para tomar que é para alertar.*

**Pesquisadora:** Para vir mais rápido?

**Dona Sebastiana:** Mais rápido é...

**Pesquisadora:** Quando tá muito...

**Dona Sebastiana:** É, tá muito lento é...

(Dona Sebastiana e pesquisadora)

### **Realidades distintas e complexas – Não é possível homogeneizar as parteiras**

Quando Fleischer (2007) discute que é preciso identificar as necessidades das parteiras e não homogeneizar suas atividades e experiências, olhamos delicadamente para cada uma das entrevistadas nesta pesquisa, que, apesar de estarem localizadas na mesma região da Amazônia, encontram-se em situações geográficas e sociais muito específicas, como é o caso da comunidade ribeirinha Deus É Pai, situada num trecho do Rio Tefé mais distante da cidade e dos hospitais. Já em Missões, uma reserva indígena para os povos tikuna, kaixana, witoto, kambebas e miranha, cuja área é oficialmente reconhecida e homologada<sup>72</sup>, a realidade do SUS e a comunicação com as parteiras acontece em outras condições.

A reserva de Missões se encontra às margens do Rio Tefé e conta com a presença de uma Unidade Básica de Saúde dentro do território, na qual a população tem acesso à atenção básica de saúde.<sup>73</sup> Como nos conta a parteira indígena dona Sebastiana, que conheci lá, não é a maioria das mulheres que quer parir com ela na aldeia. Aquelas que decidem ficar estão fugindo da violência dos hospitais. O tempo todo há uma polarização presente nas narrativas; ora a população confia e valoriza as parteiras, ora preferem os hospitais.

No caso da parteira de Novo Airão, vemos outra realidade, que ilustra o recorte do contexto de urbanização e transição do saber das parteiras tradicionais em diálogo com o saber biomédico. Dona Aurilene aprendeu o “partejar”<sup>74</sup> com sua avó e, depois de terminar o curso de técnica de enfermagem, ocupou a vaga como parteira na maternidade de sua cidade. Apesar de realizar o trabalho de parteira nesse hospital, ela é formalmente registrada como técnica de enfermagem.

Durante a visita à cidade para realizar a entrevista, dona Aurinha apresentou todo o centro de parto normal da maternidade pública e mostrou como utiliza a bola e a banquetta de parto, e também outros aparatos presentes nos materiais de

<sup>72</sup> <https://terrasindigenas.org.br/pt-br/terras-indigenas/3973>

<sup>73</sup> O Ministério da Saúde possui uma secretaria responsável por coordenar e executar a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas, que é chamada SESAI, criada em 2010.

<sup>74</sup> Verbo que designa o ato de ajudar uma mulher em trabalho de parto.

preconização de humanização do parto, nacionais e internacionais.<sup>75</sup> Também apontou para os detalhes do berço aquecido e o oxigênio instalado próximo às macas, que são utilizados em casos de intercorrência.

Dona Aurilene falou sobre os saberes tradicionais de sua avó parteira e aqueles que ela tem aprendido sobre o campo da biomedicina – com o hospital e o curso de técnica de enfermagem, construindo uma assistência híbrida de práticas. Ao fim da visita, a parteira nos convidou para entrevistá-la na casa de sua chefe, uma enfermeira alemã que se apaixonou pelo Amazonas e decidiu viver lá há 20 anos.

Uma recente revisão integrativa sobre parteiras tradicionais, que selecionou estudos entre 1998 e 2018 da Scientific Electronic Library Online (SciELO), encontrou parteiras em contexto de desigualdades sociais, sob a urgente necessidade de diálogo entre o sistema de saúde e suas práticas. Os(as) autores(as) alertam para um insuficiente número de referências disponíveis e a necessidade de mais estudos sobre a prática das parteiras em meio à diversidade de territórios e culturas disponíveis no Brasil.

Alguns estudos qualitativos no país vêm notando a presença de casos similares como esses da parteira Aurinha, de Novo Airão (GUSMAN, RODRIGUES e VILLELA, 2015; SILVA, DIAS-SCOPEL e SCHWEICKARDT, 2020). O primeiro estudo citado refere-se a uma avaliação do PTPT no estado do Tocantins, cuja inclusão de parteiras tradicionais no SUS também sugere como tema as dificuldades de inserção no sistema de saúde: o acesso aos meios de transporte, diálogo e remuneração pelo sistema de saúde local.

O segundo, de Silva, Dias-Scopel e Schweickardt (2020), foi feito em uma comunidade rural próxima a Manaus, com cerca de 2 mil habitantes. Foram realizadas entrevistas com parteiras que viviam na localidade e com a gestora da única Unidade Básica de Saúde, quando também se confirmou a dificuldade de diálogo entre os saberes tradicionais e biomédicos para a inserção da parteira tradicional no serviço de saúde. Formalmente, apenas uma parteira é autorizada a partejar dentro da UBS, sob o argumento de ser formada como auxiliar de enfermagem. As demais parteiras

---

<sup>75</sup> A OMS lançou em 1996 o primeiro guia de boas práticas na assistência ao parto, como resultado de uma reunião européia da OMS e da Org. Pan-Americana de Saúde em Fortaleza, quando uma série de recomendações sobre as práticas de assistência ao parto foram discutidas. Uma das classificações de boas práticas diz respeito ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como a bola suíça, a banqueta de parto, o banho de aspersão (chuveiro) e imersão (banheira), que posteriormente foram inseridas no Programa de Humanização do Parto e Nascimento nos anos 2000, pelo MS brasileiro.



podem ser convidadas a assistir os partos, mas dificilmente isso acontece, por falta de confiança por parte dos profissionais que trabalham no local.

A subalternização das parteiras tradicionais àquelas que realizaram uma formação formal é um dos elementos que reforçam a ideia da hierarquia entre saberes tradicionais e aqueles do escopo da biomedicina. Essa é uma dinâmica complexa, em que ora as parteiras têm sua prática legitimada no meio em que vivem, ora são postas à prova do poder estrutural que se desenha nos sistemas de saúde locais.

Nos locais onde há hospital e as mulheres podem escolher se querem ter o parto lá ou com as parteiras, são dois os discursos concorrentes: o de que o parto no hospital é mais seguro e menos arriscado; e o de que o melhor é ficar em casa e ser acompanhada pelas parteiras.

Nesse sentido, não parece haver um consenso sobre a decisão das mulheres das comunidades ribeirinhas parirem com suas parteiras tradicionais locais. Como explicou a própria parteira Tabita, muitas ouvem de outros profissionais que o parto no hospital com um profissional médico é mais seguro. As parteiras também são julgadas a partir de um discurso de “risco”, muito presente na biomedicina e na obstetrícia do modelo hegemônico.

*(...) muitos porque aí ficam com medo, “ah, parto em casa”, não dão valor, têm muitos que não dão, né, têm muitos que dão valor né, “ah, eu não vou para cidade não, vou ter o parto é aqui”.* (Parteira tradicional Tabita)

É interessante observar que aquelas mulheres que têm diferentes experiências no hospital e na própria casa, com a parteira da comunidade, também avaliam o cuidado local/tradicional como sendo mais respeitoso em relação à sua liberdade de como parir:

*Teve aqui caso já, né, da pessoa não querer ir para o hospital, querer ficar aqui porque já teve um filho lá e teve outro aqui, achou que no domicílio, na casa dela, é melhor do que lá. Porque ela fica à vontade, né, como ela acabou de falar, né... lá é julgado... “Fica aqui nessa posição” e “Bota a perna para cá” e “Fica aqui e daqui não sai”, né... E aqui não, ela mesma que arruma sua cama, ela mesma quem faz a posição que ela quer, “ah não deu assim, vamos experimentar outro canto, outro jeito, né, assim né”... Então já aconteceu, aqui tem mulheres assim, que não querem ir mais para lá e ficam aqui porque se achou melhor.* (Parteira tradicional Tabita)

Na complexidade de contextos diversos que vivem essas parteiras e entendendo o SUS enquanto projeto de justiça social, o trabalho que elas realizam nas comunidades pode ser uma oportunidade de reencontro para a ecologia de saberes e a possibilidade de reconhecimento político e profissional dessas mulheres que fazem parte de grupos historicamente vulnerabilizados pelos processos de exclusão social e desigualdade em função da raça/etnia. Como resistência do processo de colonização, não somente no contexto dos conhecimentos e formas de cuidar em saúde, as parteiras tradicionais parecem oferecer a oportunidade de resistência ao desmonte do SUS e o fortalecimento da equidade em saúde.

### 7.1.2 Diálogos Com o SUS e Enfrentamento das Desigualdades: Obstetrizes em Resistência



**Figura 31.** Ato para pedir a criação do cargo de obstetrix na rede municipal de saúde, realizado na Câmara Municipal de vereadores de São Paulo. São Paulo, Brasil, 2014.<sup>76</sup>

As obstetrizes também revelam estratégias de resistência como categoria profissional ao interagir na assistência ao parto, por meio de práticas que espelham a interpretação sobre corpo, gênero e política de suas realidades. Especificamente no âmbito da saúde pública, no Sistema Único de Saúde, esse grupo profissional tem exercido um papel de militância para sua possibilidade de existência:

---

<sup>76</sup> Arquivo cedido por Glauce Soares.

Somente em 2012, quatro anos após a formação da primeira turma, é que começou a ocorrer melhora na absorção das Obstetrizes pelas instituições de saúde. Depois de um longo processo de negociações e impugnação de editais, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo elaborou um parecer jurídico, afirmando a legalidade da inclusão das Obstetrizes nos concursos para os hospitais da administração direta estadual. Tal parecer possibilitou que fosse realizado o primeiro concurso público no qual poderiam ser inscritos portadores do “diploma de Obstetriz”. Dessa maneira, com a aprovação nesse concurso, as Obstetrizes ocuparam cargos no Sistema Único de Saúde de São Paulo (SUS-SP) (CASTRO et al., 2017, p. 315).

Depois de formada a primeira turma, em 2008, somente em 2012 é que conseguimos a legitimidade para a inclusão de obstetrizes nos concursos de São Paulo, quando a procuradoria do estado entendeu que as obstetrizes deveriam ser incluídas nos concursos públicos, de acordo com a lei do exercício profissional:

Desta forma, salvo melhor juízo, entendo que os Concursos Públicos não poderão diferenciar os obstetrizes dos enfermeiros com especialização em obstetrícia, sob pena de haver discriminação ilegal (Secretaria de Estado da Saúde/SP, 2012) (SOARES, 2016, p. 113).

Castro et.al (2017), um dos primeiros grupos de autores a relatar a prática de obstetrizes no SUS, descrevem como a presença desses(as) profissionais nos hospitais é capaz de causar estranhamento por parte da equipe, mas também de movimentar o tema da humanização do parto no contexto da assistência no SUS, transformando fluxos e formas de situar o cuidado dentro da organização das práticas assistenciais.

As obstetrizes estão enfrentando um sistema de opressão de hierarquias e poderes nos espaços de atuação. Certamente, estamos diante de um grupo que se constrói no agora, fazendo a sua história; não são um grupo homogêneo, nem em termos de classe, nem de raça, nem mesmo de atuação, mas em constante luta pela inserção no sistema público de saúde.

Prova disso é que, após seis anos de luta pela ocupação de vagas de um concurso público para atuação de obstetrizes, realizado na cidade de São Paulo, somente agora elas foram finalmente chamadas para a posse das vagas.<sup>77</sup> É evidente

---

<sup>77</sup> Sobre a notícia da posse do concurso:

<[https://m.facebook.com/story.php?story\\_fbid=pfbid03156XCxic7VuUSWLmAAzdx7Rt6QuJ48pNdGgK2u45YG5Q2TeSSNiGVR829mb1GsNnl&id=100044389450737](https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=pfbid03156XCxic7VuUSWLmAAzdx7Rt6QuJ48pNdGgK2u45YG5Q2TeSSNiGVR829mb1GsNnl&id=100044389450737)>.

a disputa por espaço e conhecimento que essas obstetrizas estão resistindo nos últimos anos, desde a formação da primeira turma, em 2008.

Na última década, atuei como obstetriz em contextos fora do hospital, mais especificamente em uma casa de parto vinculada ao SUS e, durante as transferências que precisei realizar, quase sempre eu era questionada pelos médicos sobre minhas condutas de cuidado, um tipo de retaliação por atuar em um modelo extra-hospitalar, em que não há a figura do profissional médico. Eu me recordo de um caso específico, em que transferei uma puérpera para um hospital escola por ter havido uma laceração perineal espontânea de terceiro grau no momento do parto. Aos berros, o médico me recebeu no corredor do setor obstétrico, dizendo que eu havia sido negligente por não ter realizado uma episiotomia, prática desaconselhada pelos principais órgãos de saúde nacionais e internacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

*A luta e a necessidade (inclusive financeira) de cada um muitas vezes é silenciosa. Passei e passo por muitos apertos. Me mudar de um grande centro com filho pequeno para uma cidade pequena foi e é uma luta constante. Fui humilhada, me denunciaram, disseram inclusive que meu diploma era falso. Precisei mostrar muita força e provar que eu poderia atender da maneira que atendia. E ainda preciso, às vezes diariamente.* (Mensagem de WhatsApp em um grupo de obstetrizas. Arquivo próprio)

Obstetrizas movimentam a revolução das estruturas de poder e hierarquia por meio da luta permanente por reconhecimento e autonomia nos seus espaços de atuação.

Porém, é importante ressaltar que as obstetrizas atuantes no SUS têm trabalhado para transformar os cenários de parto de modo a garantir o cuidado humanizado às mulheres e suas famílias, reconhecendo o protagonismo e a autonomia delas e buscando um diálogo interprofissional que possibilite transformações efetivas nas instituições.

### **As múltiplas faces da atuação das obstetrizas no SUS**

Mayara, mulher negra, obstetriz e defensora do SUS, trabalhou por cinco anos em um hospital de referência da capital de São Paulo. Na sua atuação, questiona os lugares na assistência e rompe com o que é esperado como sendo seu “papel” em

determinados momentos em que foi preciso subverter a lógica da “invisibilização” para garantir o direito de autonomia das mulheres.

*(...) e eu lembro que a gente teve uma cesárea na semana que eu já tinha decidido sair. Aquilo me deu uma balançada inclusive, porque era uma mulher que estava indo para cesárea e ela estava desesperada, era uma cesárea de emergência, aquela correria, ninguém falava com ela, ninguém olhava na cara dela, e aí eu lembro que eu fui a primeira pessoa que parei assim, falei “ó, olha pra mim, está acontecendo isso, a gente vai ter que fazer isso, por causa disso”; tipo explicando todos os passos para ela, falei “você vai ficar calma, a gente está preocupado sim, é uma situação de emergência sim”. Porque o que eu via era que as pessoas ficavam todas enlouquecidas e a mulher perguntava “mas está tudo bem?”. Todo mundo falava “está, tá tudo bem”. Não, não está tudo bem, a mulher não é uma criança, ela tem plenas condições de entender que não está tudo bem, e a gente tem que dar esse direito para ela de se preocupar, de chorar, de rezar, sei lá... E aí eu lembro que ela gravou meu nome, e eu saí da sala, né. E na hora que eu saí da sala, ela gritava meu nome, ela gritava, gritava, gritava meu nome. E aí eu falei, eu voltei e parei do lado dela e, e ela falou “eu quero que você fique aqui”. Eu falei “mas eu não posso ficar aqui”, porque era só eu que estava lá no plantão, né (risos), de enfermeira e obstetrix só tinha eu, e o resto era médico e técnico de enfermagem. Aí ela falou assim “não, mas eu preciso que você fique aqui porque eu vou me sentir muito segura”. E eu lembro que isso me deu uma balançada, porque eu pensei: “gente, eu acho que eu não estou fazendo nada aqui mas eu tô, eu não posso sair desse lugar né”, mas aquilo não estava mais fazendo bem para mim, ter tantas coisas centralizadas em mim, e nesse dia eu pensei “não, as parteiras também fazem isso no serviço público né”, porque acho que a gente às vezes tem um pouco a ilusão de que ser parteira é assistir parto né, é pegar o bebê ali que sai do parto né, mas não é isso né, eu acho que ser parteira é estar nesse lugar de escuta das mulheres, de acolhimento. É nesses momentos que elas estão vivenciando num lugar de muita vulnerabilidade de corpo né, um corpo muito vulnerável, a gente estar ali né, dando essa segurança que elas precisam (...). (Trecho da entrevista da obstetrix Mayara)*

Romper com as estruturas de violência é um desafio para as obstetrixes entrevistadas, que persistem na resistência no cotidiano de trabalho, o que pode implicar em crises das relações interpessoais dentro do hospital, como traz o depoimento de Mayara:

*Porque aí você está brigando também no seu ambiente de trabalho para fazer o mínimo às vezes, sabe? Para você deixar o acompanhante entrar (...). (Mayara, obstetrix)*

As dificuldades de negociação da legitimidade dos conhecimentos na prática das obstetrixes é uma das marcas mais evidentes para a maioria das entrevistadas. O desafio em conseguir dialogar com profissionais médicos impede, muitas vezes,

que as próprias mulheres que estão sendo cuidadas possam acessar uma boa assistência. Dimensões de gênero, raça, classe e hierarquias de poder se encontram e desenham cenários de violência e exclusão nos espaços de trabalho – a dinâmica é de enfrentamento contínuo:

*(...) é que a gente está na sociedade muito médico-centrada né? Então, você também ter esse respaldo e esse valor, assim, do que você faz, do que você diz, né... Às vezes é difícil. Você faz uma recomendação, daí vem um CRM (risos) e dá uma outra recomendação. As pessoas fazendo um negócio que, meu Jesus! Você estudou 10 mil anos e aí você está tentando uma conversa com o médico, para dizer: "Olha, talvez de outro jeito. Vem estudar comigo. Vem fazer também". Mas o cara acha que é menos." (Lilian, obstetrix)*

Obstetrixes também resistem à submissão diante da categoria médica, quando também buscam outros modelos de cuidado, como é o caso daquelas que vão trabalhar em contexto extra-hospitalar, em casas de parto vinculadas ao SUS. Nesses lugares é possível a construção de um cuidado com maior autonomia pelas obstetrixes. Quando elas ficam nos hospitais, também vão criando estratégias para que tenham mais liberdade sobre suas práticas.

Muitas decidem fazer plantões noturnos nos hospitais, quando sabem que os médicos estão reclusos em seus quartos de descanso. Essa é uma realidade que eu mesma vivenciei, quando estive no hospital. Nos plantões noturnos, eu tinha a possibilidade de não seguir as prescrições de jejum e acesso venoso rotineiras intraparto. A maior parte das mulheres que se internavam à noite conseguia progredir no parto fisiológico, sem intervenções de rotina.

*Já tinha diminuído muito o número de enfermeiras, então era uma só por plantão, e eles tinham terceirizado os médicos. E aí, assim... Muito médico que vem de fora e muito residente também, mas eu trabalhava no noturno, então isso também me dava uma certa autonomia porque eles dormiam e a gente trabalhava (risos). (Lilian, obstetrix)*

*Eu acho que a gente tem que ser organizar, montar casas de parto, se fortalecer e montar lugares que pensem diferente. E ir para a gerência dos lugares e mudar políticas de lugares ou ter instituições. Ou trabalhar mesmo com parto domiciliar e ir difundindo isso para que a gente tenha o movimento da população, né. Essa foi mais ou menos a trajetória do Quebec. (Lilian, obstetrix)*

No caso da atenção primária no SUS, as obstetrizas testemunham um longo caminho para a inserção profissional. Até hoje, depois de 15 anos de formada a primeira turma, não houve nenhuma obstetriz inserida para atuação nas Unidades Básicas de Saúde. Um dos argumentos que sustentam essa realidade sempre gira em torno de que a formação do enfermeiro generalista é a única capaz de dar conta das inúmeras outras demandas desse tipo de serviço. No entanto, as obstetrizas são formadas para atuar no contexto mais abrangente de saúde, que inclui a educação, a prevenção e a gestão administrativa, colaborando com enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos nas equipes multidisciplinares.

Infelizmente, no Brasil, as obstetrizas ainda não ocupam seu lugar de atuação na saúde primária nas Unidades Básicas de Saúde, apesar de várias organizações internacionais apontarem para a necessidade de expandir a inserção delas na APS, como é o caso da UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas):

Parteiras salvam vidas. Parteiras bem treinadas poderiam ajudar a evitar cerca de dois terços de todas as mortes maternas e de recém-nascidos, de acordo com o mais recente relatório sobre a situação das parteiras no mundo. Elas também poderiam fornecer 87% de todos os serviços essenciais de saúde sexual, reprodutiva, materna e neonatal. No entanto, apenas 42 por cento das pessoas com habilidades de obstetrícia trabalham nos 73 países onde ocorrem mais de 90 por cento de todas as mortes maternas e neonatais e natimortos.<sup>78</sup>

A pandemia de covid-19 mostrou a importância da experiência de parteiras profissionais no enfrentamento à crise generalizada na saúde pública no contexto dos países do sul. A UNFPA selecionou 22 iniciativas (17 na América Latina e cinco no Caribe) e considerou que as boas práticas foram capazes de promover transformações nas relações de gênero – o que incluía mulheres, homens, crianças indígenas e afrodescendentes e outras populações –, através de ações na esfera da educação continuada em saúde sexual e reprodutiva, das ações comunitárias de saúde, da teleorientação para facilitação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, das estratégias de *advocacy* e de educação comunitárias. Todas elas, como podemos notar, no contexto mais amplo da saúde básica. Ou seja, as parteiras não só evitaram

---

<sup>78</sup> PUSH FOR MIDWIVES. **É chegada a hora de fazer pressão pelos direitos das mulheres.** Disponível em: <<https://www.pushcampaign.org/amplify/portuguese>>. Acesso em: 22 jun. 2022.

mortes intraparto como continuaram a exercer seu papel nas dimensões mais abrangentes de atenção sexual e reprodutiva na vida das mulheres.

A experiência de Andreza como *midwife* na ONG Médico sem Fronteiras (MSF) lhe mostrou que as obstetrizes já poderiam estar na atenção primária, refletindo em uma mudança na conjuntura da saúde pública do país, quando conseguem diminuir a mortalidade materna – não apenas no parto, por causas preveníveis no pré-natal, como é o caso da pré-eclâmpsia, mas também na contracepção, com os abortos inseguros.

*Então, se a gente não tem obstetriz no atendimento primário, não somente para pré-natal mas para contracepção também, para educação em saúde também, fica muito difícil mudar o contexto de saúde pública do Brasil. As pessoas não querem trabalhar em postos de saúde, a gente tem profissionais com uma formação muito ruim, infelizmente, ou não capacitadas – vamos falar assim – para estarem lidando com o que eles estão lidando, e eu acho que as obstetrizes poderiam fazer a diferença no atendimento primário. No atendimento secundário, se a gente fica focando no parto hospitalar, o modelo está no papel mas não está na prática, né... E ainda há uma medicalização, e ainda tem isso do médico ser o fator principal no atendimento de parto de baixo risco ou de risco habitual no contexto hospitalar, e sim, precisamos de mais casas de parto espalhadas nesse Brasilão, porém sem profissionais não tem como abri-las. (Andreza, obstetriz)*

A Confederação Internacional de Parteiras (ICM, na sigla em inglês) também defende a atuação das obstetrizes no contexto da atenção primária em saúde, com base nas competências previstas para essas profissionais, que foram balizadas pelas preconizações da OMS. O reconhecimento dessas competências, infelizmente, ainda não é realidade no Brasil, embora já mostre resultados surpreendentes em países pobres e ricos (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2018).

*Enfim, nós estamos no país Brasil, né (...) a sexta maior população do mundo, e que se a gente comparar com os outros cinco países, é o que tem provavelmente menos obstetrizes no contexto de atuação. E isso explica muito da qualidade que a gente tem hoje de assistência durante o período gravídico-puerperal, para dizer assim. Então sim, a gente precisa de mais escolas, com mais obstetrizes, o trabalho, o pré-natal ele precisa estar... a gente precisa de obstetrizes no atendimento de pré-natal. (Andreza, obstetriz)*

“*Midwives voices, midwives realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care*”, um material de 2016 produzido pela OMS, aponta algumas direções para explicar as diversas dificuldades que as parteiras vivenciam



na sua prática, confirmando os argumentos que ouvimos nesta pesquisa. O mapeamento sistemático dessas dificuldades encontradas nos países de baixa e média renda são delimitados em três categorias: social, econômica e política (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

As três categorias estão intimamente interligadas e interdependentes, o que impede que as parteiras possam atuar e realizar suas práticas de cuidado. Esse mecanismo produzido por uma série de injustiças sociais e econômicas fomentam esse ciclo, que se retroalimenta constantemente: iniquidades de gênero, falta de reconhecimento social de seu trabalho, ausência de políticas públicas que colaborem para sua inserção no sistema de saúde e condições precárias de remuneração salarial.

Os estudos críticos sobre as práticas de parteiras como aqueles nos campos transnacionais, pós-coloniais, feminista negro, de justiça reprodutiva, de teoria queer, anticapitalistas são capazes de produzir uma discussão teórica sobre como as práticas em saúde são moldadas sistematicamente de modo a causar e manter todas as injustiças sociais de racismo, opressão e exclusão social, econômica, política e cultural em diversos países (ASHLEY et al., 2022).

*E aí eu acho que, quando você não tem uma instituição que por política, que por fundamento mesmo, ela tem a humanização, as práticas de humanização, o trabalho se dilui ali. Então, se a gente atendia a partos em outras posições, a gente conseguia, você ia conseguindo, sei lá, tocar um ou outro, mas no final, quando você ia contar o livro de parto, né... As diferenças de não sutura, não epíseo<sup>79</sup>, de um encaminhamento, assim, é... ficavam diluídas. Então, a gente sai da Obstetrícia achando que a gente vai mudar e que vai entrar no SUS e fazer a diferença, que a gente tem que ir para o hospital fazer a diferença assim. (Lilian, obstetriz)*

Os programas de humanização na assistência ao parto já existem há mais de 20 anos e ainda hoje se mantêm como um desafio para que, de fato, as práticas consideradas humanizadas, que respeitam os direitos das mulheres e baseadas em evidências, sejam alcançadas. Não é uma coincidência que os países com os maiores índices de violência contra a mulher tenham os piores indicadores também na saúde materna, como é o caso do Brasil, que é o quinto no ranking mundial de feminicídio e

---

<sup>79</sup> Abreviação coloquial que quer dizer episiotomia.

teve uma mortalidade materna de 45.456 no ano de 2022<sup>80</sup> (a referência estabelecida pela OMS para uma taxa aceitável é em torno de 30 mortes por 100 mil nascidos vivos).

A possibilidade de pensar uma obstetrícia no contexto das narrativas de gênero e decolonialidade parte de um pressuposto em que a ruptura de uma hegemonia de poder, conhecimento e lugar médico é necessária para que parteiras e obstetizes também possam existir no cuidado às mulheres, desestruturando as hierarquias de poder, conhecimento e violência tão fortemente construídas no processo de colonização – que nutrem uma cultura racista, misógina e desigual no cenário obstétrico brasileiro.

As mulheres mais prejudicadas na realidade brasileira são aquelas que fazem parte do grande grupo de exclusão histórica: mulheres pobres, negras e indígenas do país. De maneiras diferentes, mas também em permanente confronto, obstetizes continuam lutando por sua existência, reconhecimento e inserção nas políticas públicas brasileiras, como faz também o grupo das parteiras tradicionais, que atuam marginalizadas no SUS. A resistência é luta diária.

*É... Para os nossos gestores, eu diria que a gente tem uma ferramenta incrível, subutilizada, que pode ser utilizada de um jeito transformador no pré-natal em UBS, e faria muita diferença alguém que entenda muito do pré-natal estando atuando nessas, nesses contextos, é, saúde da família e tal, que... é... a gente tem dados que melhora o desfecho, melhora a satisfação, é... Não é uma tecnologia supercara investir em parteiras, apesar da gente merecer salários muito bons e que, mesmo com um salário muito bom, ainda assim é uma tecnologia barata, porque os gastos com todo o resto, cirúrgico e o pós-op e tudo mais que pode ter quando você contrata cirurgião para atender parto é incomparável quando você contrata parteiras, e que, quando a gente junta mostrando que é seguro, é eficiente, e que está dentro do gasto ideal, não sei por que vocês estão esperando tanto para enfiar parteira em tudo quanto é buraco (risos)... para planejamento reprodutivo, para pré-natal, para parto, pós-parto... (Mariane, obstetiz)*

### **Aspectos étnico-raciais e gênero: obstetizes e parteiras tradicionais em resistência**

---

<sup>80</sup> Disponível no site do DataSUS: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/?s=MSQyMDlyJDikMSQzNSQ3NiQxJDEkMCQzMdA2JDAkMTIkMSQzMdAwMDEkMA==>

Não há como falar de *luta e resistência* na perspectiva das práticas de cuidado enquanto ato político de obstetristas e parteiras tradicionais sem olhar para a história que as mulheres negras vêm construindo no Brasil, especificamente em resposta a um processo de escravização e genocídio colonizatório. E, para isso, quero pedir licença, desde meu lugar de privilégios como mulher branca, para falar de outras mulheres cuja trajetória está no íntimo de seus corpos, lágrimas, suores e gritos de seus partos, das injustiças que vivenciam no dia a dia de sobrevivência.

A partir da voz dessas mulheres, urge discutir como essas trajetórias pessoais influenciam o processo de construção do cotidiano de práticas, a construção do saber sobre o que é o próprio cuidado enquanto ferramenta de sobrevivência. Essas mulheres trazem suas histórias de ancestralidade e afetos no momento de parir e são constantemente perseguidas pelo racismo estrutural, que lhes tolhe sistematicamente todos os direitos.

Fazer essa discussão exige entender a origem do conceito de raça e suas implicações. Raça é um termo de muitas controvérsias, tratando-se de um conceito relacional e histórico, a depender do tempo e das circunstâncias sociais e culturais. Em meados do século XVI, foi estabelecida a ideia de raça, quando a expansão comercial e a burguesia renascentista originou o pensamento do homem universal (europeu e branco) e estabeleceu todos os outros sistemas culturais como menos evoluídos. Na perspectiva do Iluminismo, o homem enquanto objeto de pesquisa torna possível a ideia de comparação e classificação dos diversos grupos sociais e a possibilidade de uma dimensão conceitual/filosófica sobre o que seria *civilizado* e *selvagem/primitivo* (ALMEIDA, 2020).

Almeida (2020) explica que as grandes revoluções (francesa, americana e inglesa) instituem a transição das sociedades absolutistas para o capitalismo, em que o conceito de *homem universal* também inaugurou a noção de civilização, que no século seguinte levaria aos “povos primitivos” o processo de destruição e morte denominado colonialismo. A ideia de raça, para além de um conceito filosófico, habilitou a destruição em massa do processo colonizador, sendo possível a escravização e a destruição de povos da América, da África e da Ásia.

O positivismo do século XIX interpreta as diferenças humanas em questões científicas – o determinismo biológico e geográfico explicaria as diferenças morais e intelectuais entre os povos. A pele que não fosse branca e o clima tropical faziam

surgir comportamentos imorais, violentos e pouco inteligentes, em que o “mestiço” seria de todos o mais degenerado – esse foi o chamado racismo científico.

Ainda segundo o autor, as tentativas de demonstrar a não existência do determinismo biológico ou cultural que pudesse hierarquizar os sistemas políticos, culturais e religiosos foram um esforço por parte da antropologia no século XX. Mesmo que há muito já se tenha provado cientificamente que não existem diferenças biológicas que justifiquem a discriminação entre os povos, a noção de raça continua a ser utilizada para legitimar as desigualdades no mundo.

O racismo seria então uma forma sistemática de discriminação, que tem o conceito de raça como fundamento, com dois *modus operandi*: um de características biológicas, e outro, de características étnico-culturais, que permitiria a manutenção e a naturalização das desigualdades e legitimaria o genocídio de grupos segregados. A estratificação social, como fenômeno consequente, é intergeracional, e o indivíduo tem sua ascensão social, econômica e cultural fortemente afetada.

Ao mesmo tempo que os conceitos de racismo vêm sendo discutidos no mundo e também no Brasil por importantes figuras, os estudos de gênero foram pressionados a dialogar com o tema do racismo quando as mulheres negras tornaram este um movimento social dentro do próprio feminismo, com o objetivo de viabilizar pautas e direitos que até então haviam sido ignorados pelas discussões teóricas das feministas brancas (AKOTIRENE, 2019).

Há um grande desafio para a epistemologia africana dialogar com os fundamentos feministas ocidentais na conceituação da categoria gênero. Fazer análises desde uma centralidade do pensamento africano na dimensão do que se constitui como família e relações de gênero, por exemplo, permite outras configurações que aquelas ocidentais (OYĒWÙMÍ, 2004) e, portanto, incidem criticamente na interpretação de diversos outros fenômenos culturais, como o próprio evento do parto e suas relações de gênero. Nas palavras da própria autora, socióloga nigeriana de origem iorubá:

(...) torna-se óbvio que estas categorias sociais africanas são fluidas. Elas não se baseiam no tipo de corpo, e o posicionamento é altamente situacional. Além disso, a linguagem do casamento, que é utilizada para classificação social, frequentemente não é, a princípio, sobre gênero, como interpretações feministas da ideologia e organização familiar poderiam sugerir. Em outro momento, argumentei que o idioma casamento/família em muitas culturas africanas é uma maneira de descrever relações patrono/cliente, que pouco têm a ver com a natureza dos corpos humanos. Análises e interpretação de

África devem começar a partir de África. Significados e interpretações devem derivar da organização social e das relações sociais, prestando muita atenção aos contextos culturais e locais específicos (OYĒWUMÍ, 2004, p. 9).

Trago essa dimensão da necessidade de diálogo com a episteme africana sobre gênero também como tentativa de ampliar essas reflexões, por meio de outras análises de como raça e gênero incidem, de forma complexa, no que já trouxemos anteriormente sobre a interseccionalidade e suas consequências práticas e teóricas.

Quando ouvimos as histórias das nossas avós, bisas, tias, primas, irmãs mais velhas ou mesmo as nossas, contadas ou recontadas na primeira pessoa, lançamos mão de um tradicional recurso de produção de conhecimento do pensamento feminista negro: a contação de histórias. Não se trata de oposição ou hierarquia entre oral e escrito, mas de articulação entre o que se ouve, o que se escreve e o que se lê. Uma articulação focada nos saberes de mulheres negras e que culmina em novas formas de escrita acadêmica (XAVIER, 2021, p. 54).

Mulher negra e ativista, Mayara é obstetriz e incorpora práticas que aprendeu com a sua avó no cuidado das mulheres. Práticas que não são institucionalizadas pela academia nem estão presentes nos livros-textos de obstetrícia médica, mas se fazem presentes nas formas de cuidado de sua ancestralidade, mapeadas na memória da trajetória de conhecimento de outras anciãs da família.

*Porque a minha avó sempre falava de que o pé tinha que ficar quente, né, pé de mulher não pode estar frio. (...) e aí a minha vó, às vezes, falava “Olha, tenta colocar uma água quente num balde, coloca o pé na água, e assim que você sentir a sensação de calor no pé, você tira, seca o pé, e já coloca uma meia imediatamente, e depois não é para você ficar andando pela casa”, e é a mesma coisa que eu falo para as gestantes, eu falo “Olha, vai fazer escaldas-pés, faz à noite, aí você coloca lá o pezinho no balde com ervas, tira o pé, seca”, eu falo exatamente a mesma coisa, coloca a meia e deita, no outro dia você vai ver. (...) Então é uma prática que vem muito da minha avó, porque eu acho que é um, é muito afetivo o escaldas-pés.”* (Mayara, obstetriz)

A contação de história como *produção de conhecimento do pensamento feminista negro* (XAVIER, 2021) constrói outras narrativas de cuidado, a partir do que nos conta a epistemologia ancestral de mulheres que cuidam de outras mulheres. Apagá-las ou silenciá-las nos leva ao erro de permanecer no epistemicídio de um imenso conjunto de outros conhecimentos de mulheres negras e outros grupos oprimidos pela história colonizadora, racista e misógina da medicina. Um conjunto de saberes que trazem símbolos, memórias e resistências sobre as concepções de

corpo, de menstruação e da própria relação de cuidado entre as mulheres. O reconhecimento dessa prática como conhecimento legítimo é trajetória do fazer oral e resistência ancestral. Mayara, como mulher negra, e dona Joana, indígena, carregam na memória o conhecimento que vêm construindo no cotidiano do cuidar:

*(...) você massageia os pés, e aí você vai conversando... eu acho que as pessoas... as pessoas quando elas começam a relaxar e você usa ervas, né, para fazer escaldas pés, elas trazem muitas memórias de avó, de família, e aí eu acho que isso é onde a gente aprende muito também, que elas falam coisas que você nunca pensou.”* (Mayara, obstetrix)

*(...) é, me tornei assim parteira ajudando né, me chamavam para ajudar, minha avó, mãe da minha mãe, era parteira chefe, né, e eu sempre percebia, ela falava, ensinava e dizia: "minha filha, vocês têm que aprenderem porque eu não sou de raiz, um dia eu posso partir e fica vocês, né, para assumir no meu lugar". Minha avó era parteira, né... aí me criei vendo as experiências que ela tinha, que ela contava, que ela dizia né, aquilo a gente foi... captando assim para a gente né, aquelas experiências, experiência, experiência, aí quando chegou uma época foi lá que eu falei morei no Japurá, né... no Japurá, eu, a minha irmã, né, ela não tinha ninguém, para fazer o parto dela, ela esperava num mês, teve no outro, não tinha como procurar parteira né, aí foi eu que (...)* (Dona Joana, parteira tradicional)

Inspirada pela autora feminista negra Xavier (2021) e seus experimentos de insubmissão à academia científica, interpreto a narrativa de Mayara como um *ato de insubmissão* do lugar de sua atuação. Ela conta que não existiam obstetrizes negras que atuassem como parteira domiciliar no município de São Paulo, tornando-se referência para aquelas que buscavam parto domiciliar na cidade. Para se ter uma ideia da grande disparidade de raça no acesso à assistência ao parto domiciliar planejado, do relatório disponível pelo próprio Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), em 2018, apenas 2,2%<sup>81</sup> das mulheres que tiveram um parto domiciliar planejado declararam ter a cor da pele preta, enquanto 84,5% delas se declararam brancas (SÃO PAULO, 2019). Nas palavras de Lelia Gonzalez (2020, p. 50): “Ser negra e mulher no Brasil, repetimos, é ser objeto de tripla discriminação, uma vez que os estereótipos gerados pelo racismo e pelo sexismo a colocam no nível mais alto de opressão”. A autora ressalta a importância das mulheres no movimento negro no

---

<sup>81</sup> [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/partos\\_ao\\_hospitalares.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/partos_ao_hospitalares.pdf)

Brasil, que, com sua força e coragem, transmite a capacidade de luta e sobrevivência do seu povo.

*(...) porque, a princípio, não tinha nenhuma obstetriz preta, aqui em SP, que atendia PD [parto domiciliar], não tinha, né. Então tinha muitas mulheres negras que queriam ter a assistência de uma mulher negra. Então, a princípio foi isso, né, quem é a mulher negra que atende aqui, que oferece ser assistida por uma mulher negra, e eu entendo isso porque, é... Eu acho que o que acontece com muitas mulheres negras e que eu aprendi com muitas que me procuraram para esse serviço de cuidado, foi, é a mesma coisa que eu penso, infelizmente, o parto domiciliar é um, é um ambiente aonde é dominado por mulheres brancas né, a assistência inteira, e cada pessoa negra tem a sua trajetória, mas na minha trajetória, em qualquer lugar que eu vou, que é um ambiente repleto de mulheres brancas, eu espero racismo. Porque as mulheres brancas foram as pessoas que mais me ofereceram racismo, mais do que os homens brancos, então, para mim ia ficar muito difícil também eu imaginar uma mulher branca cuidando de mim no momento do parto, não ia dar.” (Mayara, obstetriz)*

Classe, raça e gênero estão costurados nessa trajetória em que reconhecer-se obstetriz e mulher negra no contexto da humanização do parto em uma elite paulistana das mulheres brancas da classe média também se mostra como uma insurgência – o enfrentamento do racismo nas esferas das atuação política e profissional.

*(...) e eu acho que tem outra questão também, Bianca, que é a gente enquanto parteira, enquanto mulheres que estudamos. Não só numa universidade, mas outras práticas né, que outras mulheres fazem. Acreditar nessas práticas, né, acreditar também em si mesma enquanto profissional, enquanto mulher. Porque eu acho que isso é muito comum, assim... eu acho que os homens têm muita segurança, muito mais autoestima, para, é... se sentir seguro, para ir atender, por exemplo, ou para ir fazer algo relacionado até à sua própria profissão, do que as mulheres, né. A gente sempre tem um lugar de tipo “ah mas eu preciso ter mais experiência, mas eu preciso fazer tantos cursos, mas eu preciso disso e daquilo”, não que não precise, precisa, mas isso não significa que você também não tem capacidade, né, de conseguir ajudar uma mulher só porque você não fez x cursos ou teve x experiências né, porque eu acho que, se eu fosse esperar, eu acho que essa é uma discussão muito, muito grande dentro da obstetrícia também porque, se eu né, Mayara né, na época, uma mulher preta pobre que morava ali no Jardim Danfer do lado do Ermelino Matarazzo, que não tinha dinheiro para nada, ficasse esperando eu ter, alguém me dar uma oportunidade de ter uma experiência ou fazer algum curso x e y para mim conseguir atender uma mulher, poxa, eu acho que eu ia estar no mesmo lugar até hoje! Né? Então eu acho que tem coisa que em alguns momentos você precisa se mobilizar, assim, com seus conhecimentos mesmo, para você conseguir acreditar na sua própria capacidade” (Mayara, obstetriz)*

A autora Grada Kilomba (2020), em seu livro “Memórias da Plantação”, constrói reflexões sobre suas vivências de racismo dentro do espaço acadêmico e levanta a discussão sobre qual é o lugar do conhecimento autorizado dentro da ciência, quando muitas vezes seus colegas julgavam seus escritos como muito “pessoais”, sempre “interpretando demais”. É como se o oprimido estivesse sempre vendo algo que não deveria ser visto, um ato de desautorização. Desde o lugar de mulher negra dentro do contexto acadêmico, a autora nos faz refletir também sobre qual conhecimento pode ser dado como legítimo, a partir de sua origem epistêmica. “A margem é um local que nutre nossa capacidade de resistir à opressão, de transformar e imaginar mundos alternativos e novos discursos” (KILOMBA, 2020, p. 68).

Assim, torna-se difícil para as mulheres, mais ainda para as negras e periféricas, sentirem-se reconhecidas na sua capacidade de atuação profissional numa área do conhecimento que é historicamente patriarcal<sup>82</sup> e branca. A coragem de romper com essas estruturas e atuar com suas práticas de cuidado é um modo de resistir também às opressões dentro das relações que se estabelecem na profissão. Mayara foi presidente da Associação de Obstetrizes e ocupou um lugar de poder e destaque, embora saibamos que essa é uma vitória difícil em diversos espaços de trabalho e lugares de prestígio para as mulheres negras.

Como obstetrix, neta de indígenas do estado de Roraima, que um dia foi “virada” com as mãos de uma parteira tradicional, Andreza também aprendeu ao trabalhar com elas no lugar onde nasceu e valoriza esse conhecimento que persiste nas regiões mais longínquas, ajudando bebês a nascer nas suas comunidades. A ancestralidade dessas mulheres rompeu a hierarquia do conhecimento e permitiu a continuidade dessa prática através de uma mulher, descendente de indígenas, formada como obstetrix:

*Eu aprendi a fazer versão externa quando eu trabalhei com as indígenas no meu primeiro ano depois de formada. Na verdade, eu tinha até menos de um ano de formada, que foi em Roraima. Eu aprendi com bastante parteira lá, e eu sou um bebê que virou né, então eu tive uma parteira da tradição ou uma parteira que não foi para uma faculdade, que fez duas versões na minha mãe para que eu virasse. Então, eu*

---

<sup>82</sup> Ainda me lembro dos anos de faculdade, quando estudávamos a história de uma parteira chamada Madame Durocher. Foi a primeira mulher formada no curso de partos da Faculdade de Medicina, a primeira a ser membro titular na Academia Imperial de Medicina, em 1871, e também a primeira a assinar textos científicos de medicina. Ela se vestia com sobrecasaca, cartola e gravata-borboleta, pois dizia exercer uma “profissão de homens”. A obstetrícia e a ginecologia foram majoritariamente masculinas na sua origem médica.



*sempre escutei muito essa história de tipo “Ah não, faz a versão, o bebê vira e dá certo!”. Quando eu fui trabalhar com as indígenas, eu aprendi. A gente sabe das evidências, né, teoricamente, de como deveria ser feito, no ambiente hospitalar, mas em vários contextos do mundo as mulheres vão continuar fazendo versões externas porque não se tem um ambiente hospitalar para ir. E foi assim que eu aprendi, porque eu estava a oito horas de distância do centro de Boa Vista, onde ninguém também faz versão externa no ambiente hospitalar. (Andreza, obstetriz)*

Nascida na Amazônia, no meio da floresta, dona Joana, parteira tradicional fala, orgulhosa, do seu lugar de ancestralidade indígena, vivendo na comunidade ribeirinha Deus É Pai. Conhecimento e arte se misturam quando as parteiras aprendem a pegar barriga, fazer farinha de tapioca e o caldo de açaí. Para aprender é preciso ver, ouvir, sentir e conviver com as mais velhas. Do fogo, a mandioca vai tomando textura, virando farinha. O cheiro sobe até os céus, e a cor que nasce é amarela. No toque, elas lambuzam as mãos de óleo, escorregam as palmas e dedos para sentir a textura embaixo da pele (será pé?)... toda uma arte de sentir, que exige observação e sentidos aguçados. Na floresta, o tempo é diferente. A farinha demora dias pra chegar ao amarelo. O bebê que é nascido também.



**Figura 32.** Parteira tradicional Tabita durante consulta de pré-natal.<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup> Arquivo cedido pela entrevistada.

*Somos uma linhagem que vem desde o nascimento da minha bisavó, não somos, não temos o Rani<sup>84</sup>, não somos cadastrados, mas temos o sangue que corre na veia, somos brancos por modo de dizer que não vivemos numa aldeia, que não compartilhamos, mas só no sangue já, já diz tudo... as práticas são todas [indígenas].* (Dona Joana, parteira tradicional)



**Figura 33.** Tabita, parteira tradicional, na casa de farinha com as crianças da comunidade Deus É Pai.<sup>85</sup>

*Então, ao longo dos anos, o maior conhecimento que eu adquiri foi do lado da minha mãe. E, depois da minha mãe, desde 2010, quando eu comecei a participar destes encontros de parteiras tradicionais em busca de troca de conhecimento e de saberes, e junto também com o município, né, através de oficinas entre os profissionais de saúde.* (Tabita, parteira tradicional)

Não é minha intenção aprofundar a discussão a respeito das manobras para versão cefálica externa<sup>86</sup>, de acordo com a medicina baseada em evidências e

<sup>84</sup> O Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (RANI) é um documento administrativo fornecido pela Funai, instituído pelo Estatuto do Índio, Lei nº 6.001 de 19 de dezembro de 1973. Disponível em: <<https://www.gov.br/funai/pt-br/atuacao/povos-indigenas/direitos-sociais/registro-administrativo-de-nascimento-de-indigena-rani#:~:text=O%20Registro%20Administrativo%20de%20Nascimento,civil%20do%20ato%20correspondente%2C%20admitido>>.

<sup>85</sup> Arquivo cedido pela entrevistada.

<sup>86</sup> Versão cefálica externa (VCE) é uma manobra através da qual o bebê entre 36 e 37 semanas é girado, ainda intra útero, para a posição cefálica. É um procedimento manual recomendado no caso de bebês que estejam em posição pélvica, facilitando o parto normal. A VCE é recomendada pela literatura cinetífica e só deve ser indicada a cesárea no caso de falha do procedimento.

aquelas de parteiras tradicionais, mas apontar como a ancestralidade de um conhecimento, neste caso de matriz indígena, pode resistir às hierarquias de outros conhecimentos, quando há a necessidade de cuidar de outras mulheres em contextos diversos – e, sobretudo, garantir que os bebês possam nascer de parto normal (HADDAD e CECECATTI, 2011) onde o acesso ao hospital é muitas vezes difícil ou ameaçador. A ancestralidade permanece como dispositivo para a construção de saberes que, mais do que consanguinidade, abordam a produção de sentido por meio da memória e da experiência ética.

A filosofia da ancestralidade para os estudos decoloniais dialoga com o pensamento negro africano, com a filosofia latino-americana da libertação e com o pensamento social negro no Brasil, reivindicando uma retomada teórica para a construção de outras narrativas, com forte crítica à filosofia universalizante (OLIVEIRA, E. D. de, 2012). Nas palavras do autor, ela:

É singular e reclama seu direito ao diálogo planetário. Fala desde um matiz cultural, mas não se reduz a ele. Desenvolve o conceito de ancestralidade para muito além de relações consanguíneas ou de parentesco simbólico. A ancestralidade, aqui, é uma categoria analítica que contribuiu para a produção de sentidos e para a experiência ética (OLIVEIRA, 2012, p. 30).

Trabalhando como obstetrix no contexto humanitário, pela organização Médicos sem Fronteiras, Andreza amplia sua atuação e realiza seus cuidados pautada na dimensão dos direitos sexuais e reprodutivos, pois entende que o exercício de autonomia da mulher deve ser garantido em toda e qualquer vivência em saúde:

*(...) porque a minha prática hoje não é só com mulheres gestantes, nem só com mulheres no pós-parto, mas também com a saúde sexual e reprodutiva ou com sobreviventes de violência sexual. Mas é uma área que é muito difícil as pessoas terem acesso a um cuidado que de fato respeite as decisões delas. E o fato, às vezes, de ser, de estar grávida, ou o fato de você estar querendo engravidar, ou no pós-parto, parece que você perde a sua autonomia (...).* (Andreza, obstetrix)

Quando facilitamos o processo de autonomia de outras mulheres na sua vida sexual e reprodutiva, também fortalecemos um processo de reencontro da própria profissão com suas origens silenciadas e apagadas, como constrói Andreza na sua narrativa entre a aprendizagem com as indígenas de Roraima e sua prática atual.

A partir da vivência das práticas de cuidar como um ato político, obstetrixes também vão alimentando as lutas sociais de seus grupos de excluídos e oprimidos,

como também vimos nos relatos de Mayara, por meio da luta antirracista e daquela pela igualdade de gênero. Há toda uma oralidade de saber que sobrevive ao epistemicídio da colonização médica que precisa ser escutada e traduzida como outra possibilidade de saberes, reconhecendo-se um lugar etnicoracial e ancestral na resistência de seus cuidados como parteiras tradicionais e obstetrizes.

## 7.2 PRÁTICAS DE CUIDADO COMO AFETIVIDADE



**FIGURA 34.** Reencontro com a parteira na Casa Angela, 2017.<sup>87</sup>

O segundo eixo de análise das entrevistas parte da concepção de que a emoção integra todo conhecimento construído. Apesar de todas as tentativas

---

<sup>87</sup> Arquivo pessoal.

históricas da ciência em separar mente de coração/amor e razão de todo conhecimento, alguns(mas) autores(as) têm trazido ao debate a necessidade de sentir emoções para mover-se ao saber que construímos, principalmente aqueles que estão do lado oprimido da linha abissal.

Estudar decolonialidade também reforçou o sentimento de me sentir atravessada pelas lutas sociais de grupos diversos espalhados no Brasil. Qualquer conhecimento que nasce da luta diária contra as diversas formas de opressão e violência também tem origem na experiência vivida, em suas mais diversas expressões, como raiva, tristeza, amor e outras emoções que estão no processo de aprender a ser e a viver em sociedade.

Uma das leituras mais transgressoras a respeito do fazer conhecimento libertário está nas obras de Paulo Freire, por quem sempre nutri empatia nas conversas com a minha mãe.<sup>88</sup> Um pequeno livro de bolso me acompanhou durante alguns anos, até que, nesse processo de construção de pesquisa, retomei a leitura “Pedagogia da autonomia”, que, sem dúvida, me inspirou a uma leitura decolonial sobre resistência e afetividade no conhecimento.

Não é na resignação mas na rebeldia em face das injustiças que nos afirmamos. Uma das questões centrais com que temos de lidar é a promoção de posturas rebeldes em posturas revolucionárias que nos engajam no processo radical de transformação do mundo. A rebeldia é ponto de partida indispensável, é deflagração da justa ira, mas não é suficiente. A rebeldia enquanto denúncia precisa de se alongar até uma posição mais radical e crítica, a revolucionária, fundamentalmente anunciadora. A mudança do mundo implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação, no fundo, o nosso sonho (FREIRE, 2012, p. 47).

Nesse sentido, vai havendo um encontro ético e político no ato de cuidar fundado pela rebeldia às desigualdades e pelo afeto. O autor, reconhecido mundialmente como grande intelectual e ativista pela educação libertária para a transformação das injustiças sociais, inspirou figuras importantes de diversos movimentos, incluindo as feministas negras, como Bell Hooks. Recentemente, ela faleceu, e uma comoção mundial marcou as redes sociais sobre o significado de suas obras para a luta do feminismo negro. Em seu livro “Ensinando a transgredir: a

---

<sup>88</sup> Minha mãe foi professora por 35 anos na escola municipal do bairro onde morei, na periferia da zona oeste de São Paulo, e frequentemente me inspirava com suas leituras de Paulo Freire.

educação como prática de liberdade”, Hooks confirmava que não há caminhadas pessoais e acadêmicas que não se misturem com as mais diversas emoções:

Não é fácil dar nome à nossa dor, teorizar a partir desse lugar. Sou grata às muitas mulheres e homens que ousam criar teoria a partir do lugar da dor e da luta, que expõem corajosamente suas feridas para nos oferecer sua experiência como mestra e guia, como meio para mapear novas jornadas teóricas. O trabalho delas é libertador. Além de nos permitir lembrar de nós mesmos e nos recuperar, ele nos provoca e desafia a renovar nosso compromisso com uma luta feminista ativa e inclusiva. Ainda temos de fazer uma revolução feminista no plano coletivo. Sou grata, porque, como pensadoras/teóricas feministas, estamos coletivamente em busca de meios para fazer esse movimento acontecer. Nossa luta nos leva de volta onde tudo começou, àquele momento em que uma mulher ou uma criança, que talvez se imaginasse completamente sozinha, começou uma revolta feminista, começou a dar nome à sua prática – começou, enfim, a formular uma teoria a partir da experiência vivida (HOOKS, 2013, p. 103).

O filósofo e professor Leonardo Boff tem escrito desde a década de 80 sobre o paradigma da necessidade do cuidado para a sobrevivência no planeta. Na perspectiva do autor, precisamos sair do paradigma da conquista das terras, dos povos, dos êxitos e da acumulação de capital para o paradigma do cuidado, mas numa perspectiva macrossocial: curando feridas passadas e protegendo aquelas futuras, por meio de um cuidado amoroso. O cuidado é um modo de ser essencial, uma condição ontológica da existência humana que, para acontecer de fato, precisa de empatia e afeto.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivos com o outro (BOFF, 1999, p. 12).

A fábula-mito sobre o cuidado essencial ganhou sua expressão literária definitiva pouco antes de Cristo, em Roma. Em seu livro, Boff traz a fábula na tentativa de expressar uma narrativa carregada de símbolos e emoções no que diz respeito à importância do cuidado na manutenção da vida:

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura,

pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: "Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil (BOFF, 1999, p. 46).

Segundo o autor, é no cuidado que se fundam as relações com todas as coisas, pois não há existência sem cuidado; é ele que nos impulsiona à preocupação e à responsabilidade com o outro. Nas palavras de Tabita, parteira tradicional, mais do que "só saber se está tudo bem", ela precisa ajudar as mulheres a entender por que não estão bem. Muitas vezes, os bebês não ganham peso intraútero, e ajudá-las a melhorar esse quadro vai além de só incentivá-las a comer melhor. É preciso saber como se sentem as mulheres. Abrir espaços para o diálogo do cuidado. Presença viva ao fazer cuidado:

*(...) de como elas se alimentaram, como elas estão, como é que estão os exames delas, se elas estão fazendo, o que que deu? Se elas estão com infecção ou se está normal? Se é preciso, se o médico recomendou alguma alimentação extra ou se ele, ou se está regular? Por que tem isso aí, tem, porque quando elas vão para o médico, tem o peso né, para ver como é que a criança está com baixo peso, tudo isso tem, aí a gente já começa a ter um certo cuidado. Porque se ela está com baixo peso, está acontecendo alguma coisa, ou elas não estão se alimentando bem, ou elas estão com alguma infecção ou alguma febre, ou a infecção está dando febre... né? Ou elas estão deprimidas, ou... alguma coisa acontece. Porque logo já chegando perto tem muita mulher que fica ali deprimida, quer chorar, se sente só, se sente abandonada pelo companheiro... Então elas querem conversar, eu pergunto se elas estão com problema de fazer xixi, ou se elas estão com algum problema de alimentação, eu converso muito com elas. Elas me procuram também muito frequente assim... (Tabita, parteira tradicional)*

Ainda sobre ativismo, amor e conhecimento, a feminista e teórica Alison Jaggar, em seu manuscrito sobre como as emoções são necessárias para a construção do conhecimento, questiona a epistemologia ocidental da ciência, que privilegia a razão na construção do saber. A autora nos instiga a refletir sobre como a definição do que são emoções passa sempre por uma invenção histórica (JAGGAR, 1997).

A antropologia tem explicado que cognições e afetos são construídos socialmente, confrontando a ideia ocidental de emoções como respostas automáticas

de sensações. Segundo a autora, todas as abordagens positivistas sobre emoções tentaram separá-las da razão, como na perspectiva cognitivista (JAGGAR, 1997). Muitas vezes, tendemos a achar que emoções são individuais e involuntárias, instintivas, biologicamente determinadas, mas, ao contrário, são construídas socialmente de diversas formas, a depender da cultura.

Embora muitas das emoções acabem sendo “automáticas” no cotidiano, porque assim foram aprendidas, elas não são estéreis para o mundo e para a trajetória que nos leva a construir nossos próprios caminhos e decisões. Por isso a importância de aprender as emoções como engajamento ativo no mundo – uma característica vital da emoção é a intenção (sentir e agir). Jaggar aponta para a tão importante construção de modelos conceituais capazes de demonstrar a relação constituinte entre razão e emoção, desconstruindo o mito da “investigação imparcial”, que acaba sendo racista, classista e machista, mantendo um *status quo* hegemônico na sociedade (JAGGAR, 1997).

Não há dúvidas de que as emoções proscritas (JAGGAR, 1997) sejam percebidas por aqueles que estão do lado oprimido da história e, por isso mesmo, podem ser subversivas na sua própria origem, diferenciando-se de valores dominantes. Empatia, amor e afeto são emoções que podem nos impulsionar para a compreensão sobre o outro lado da linha abissal da ciência moderna e é a tentativa de reflexão no eixo “Práticas como afetividade”.

*E aí eu mandei logo botar e alguém ficar lá na porta para não deixar ninguém entrar. E chamei um outro para me ajudar a tirar ela porque ela pesava, dentro da bacia, ela estava sentada, né, na bacia. Aí tirou, aí eu me sentei na beira da bacia, né, já para poder... porque o bacio, o quartinho é assim ó [faz gesto com as mãos], prensadinho, e eu me sentei na beira da bacia e coloquei ela aqui [aponta para sua perna, sentada na beira da cadeira]. Nisso aqui meu, na minha coxa, coloquei na minha coxa e peguei o bebê com esse lado da mão direita [mostra a manobra que ela fez pra passar o bebê de mão], tá entendendo? Caso de emergência a gente faz, né, o medo faz uma ligeireza, né, tão grande! O medo faz a gente subir, entrar no meio do matagal. Quando passa o medo, para você sair de lá... (risos) (Dona Joana, parteira tradicional)*

Medo e coragem se misturam na tentativa de oferecer o lugar mais confortável para aquela mulher parir. Dona Joana interpreta o medo como uma espécie de fagulha para fazer “ligeireza” e nos propõe o **enfrentamento às adversidades como o principal instrumento de equidade no cuidado.**



## Ousadia e afetividade: práticas de cuidado em defesa dos direitos das mulheres

*Ela ia ter um parto numa casa de parto e aí ela não estava mais dentro do critério da casa de parto, mas ela ainda era apta a ter um parto domiciliar. E aí, isso foi muito no finzinho da gestação, né, ela era uma pessoa que tinha muito medo de ir para o hospital, mesmo assim, alguns traumas muito grandes, e aí a gente se conheceu, e eu falei com sinceridade para ela. Eu falei “olha, eu nunca assisti um parto domiciliar, né, eu já participei de acompanhamentos de trabalho de parto, mas parto domiciliar nunca”, e ela tinha muita confiança em mim assim... A gente teve três conversas e uma consulta e a gente criou uma conexão muito forte. Então, no dia do parto dela, eu lembro que eu fui tremendo da cabeça aos pés, porque eu não sabia o que podia acontecer, então eu fiquei muito nessa de ler e de revisar na minha cabeça protocolo de hemorragia, reanimação e treinei e fui, né. (...). E a gente estava lá, todas nós juntas, e a Aisha nasceu e deu tudo certo e eu, é... Falava palavras para Elis assim com muita convicção, como se eu estivesse falando para mim mesma, sabe? Que ela ia conseguir parir como se estivesse falando pra aquela parteira que ia nascer, né, e aquilo foi tão incrível, foi um... Eu não sei nem descrever o que eu senti naquele dia. Eu só sei que eu tive certeza que era aquilo que eu queria fazer, eu queria ajudar as mulheres a serem guiadas por esse caminho que é acreditar no próprio corpo, né, acreditar mesmo no próprio corpo que eu acho que, isso está para além de um sistema obstétrico, né? Isso é um modelo patriarcal que faz com que a gente não tenha fé em nada, piorou nosso próprio corpo, piorou nossa capacidade de colocar uma criança para fora, né? Então, eu acho que eu me senti parteira nesse dia que eu me senti segura de que as mulheres conseguem trilhar esse caminho muito bem assim. É só ter alguém ali para apoiar, sabe? Então eu acho que foi esse momento específico que fez com que eu virasse parteira. a Aisha que fez isso comigo (risos). (Mayara, Obstetrix)*

A apropriação do saber obstétrico patriarcal sobre nossos corpos, aliada à ideia de submissão às técnicas médicas e a todo o aparato tecnológico que se desenvolveu no último século, levou muitas mulheres a serem consideradas incapazes de parir, ou mesmo de decidir sobre seus próprios corpos (DINIZ, 1996). Estar ao lado das mulheres na sua vivência sexual e reprodutiva, que envolve os limites e as liberdades do corpo, parece também despertar nas próprias parteiras e obstetrixes o desejo pela luta contra as diversas formas de violência no contexto brasileiro. Um movimento de empatia e afeto que transforma a prática em luta por direitos.

*É você sentir que você... você ver o processo delas, né? Eu acho que suporte é uma palavra boa mesmo, porque eu acho que é você dar essa estrutura para elas passarem por essa experiência com o nível de significado que elas quiserem ou precisarem dar para essa experiência, né. Porque algumas mulheres vão, isso vai ser*

***superimportante, é um ponto de luta ou é um ponto de reconquista do corpo, de contato do corpo.*** (Thais, obstetrix)

As práticas de cuidado parecem se agregar à nossa trajetória de afeto. E afeto, quando nutrido dentro de vínculos com verdade, são capazes de profundas transformações, sejam elas pessoais, sejam sociais. Como nos explica Bell Hooks de maneira brilhante em “Tudo sobre o amor: novas perspectivas”, sem justiça não pode haver amor. Sem justiça social, sistemas de saúde com equidade e universalidade, não há práticas amorosas. Para construir práticas amorosas é preciso que sejam justas as condições de existência de todas as pessoas (HOOKS, 2020).

Neste ponto, eu preciso lembrar alguns momentos que me abriram espaço para repensar as práticas de cuidado. Durante dois anos eu fiquei como referência da instituição onde trabalhei para cuidar das adolescentes de uma comunidade na periferia da zona sul de São Paulo. Muitas histórias me ensinaram que, por meio do afeto, eu conseguia entender outras formas de cuidado, que exigiam mais que estar no atendimento da consulta, e sim ter uma presença articulada entre saúde, escola, atenção básica e rede social.

Certa vez, conheci uma adolescente no serviço em que atuei. Já se havia iniciado um diálogo com a Unidade Básica de Saúde sobre o caso dela, pois era comum que a jovem não respondesse ao contato telefônico; ela faltava recorrentemente às consultas de pré-natal e mal conseguia realizar os exames marcados pelo postinho. Até que um dia ela apareceu na instituição. Uma mulher negra e radiante. Então, eu comecei ali os primeiros diálogos. Logo fui entendendo que ela era extremamente sozinha e que, muitas vezes, não tinha sequer café da manhã antes de ir à consulta. A mãe já havia falecido, e o pai, ido embora de casa – restavam apenas os irmãos e o namorado. Durante a gravidez, ela havia interrompido os estudos do ensino médio, e minhas colegas de trabalho se questionavam por que ela não conseguia realizar os exames de urina e o tratamento com os antibióticos receitados pelo médico da UBS.

Um dia, durante a consulta, eu perguntei por que ela não estava indo à escola. Os meninos caçoavam dela por estar grávida e, mesmo após ela ter tentado conversar com as autoridades da escola, ninguém teria conseguido defendê-la da violência que sofria diversas vezes na sala de aula. Então, ela perguntou a mim o que ela mesma poderia fazer quando isso acontecesse. Por alguns segundos eu fiquei muda. Não

sabia o que responder. Não tinha como ela chamar “alguém” para defendê-la. Mas, se eu estava dizendo que ela precisava continuar os estudos, eu também era responsável de alguma forma pelo seu retorno à escola. Então eu disse: “Liga aqui na Casa. Nós vamos falar com a diretora”. Eu mesma não sabia se aquilo era protocolar ou não, mas tinha certeza de que era minha responsabilidade fazer alguma coisa. No dia seguinte, ela me mandou mensagem no WhatsApp para dizer que havia ido à escola. Com o passar dos dias, conseguiu realizar os exames de urina (comecei a ligar e mandar mensagem para que ela não esquecesse), até que um dia ela me ligou feliz, contando: “Biiii! Minha bolsa rompeu!”. Nós comemoramos de alegria. Eu liguei para a instituição no mesmo momento, avisei as parteiras e pedi que alguém a ajudasse a chegar lá. Tenho saudade dela.

Frequentemente eu ouvia que adolescentes não aderiam a nenhum tratamento e faltavam diversas vezes às consultas de pré-natal. Até que, uma vez, uma dessas mulheres faltou à minha consulta (nós, parteiras, rodiziávamos as consultas de pré-natal). Eu tentei contato pelo telefone e não conseguia respostas. Mande mensagem pelo WhatsApp para dizer que estava preocupada com ela e que queria saber se haveria alguma forma de ajudá-la. Não recorro exatamente quanto tempo demorou, mas ela me respondeu e quis remarcar a consulta. Lembro que fiquei feliz e esperei ansiosa por esse dia.

Assim que chamei seu nome na sala de espera, senti que ela estava triste. Mantinha o olhar em constante desvio. Até que, em algum momento, começou a chorar. Sentei-me ao seu lado e a abracei. Ficamos ali alguns segundos, não tenho noção de quanto tempo. Fomos respirando juntas, cada vez mais fundo. E, aos poucos, íamos nos encontrando no olhar. Naquele dia eu entendi que absolutamente nada faria sentido no cuidado, nenhum exame ou prescrição, se eu não conhecesse a vida dela. Se ela não pudesse confiar no meu afeto. A partir daquele dia, nós parecíamos velhas amigas. Eu a encontrava de vez em quando perto do escadão, e conversávamos sobre a vida. Um dia ela ou eu estava triste, mas ao nos despedirmos, nascia um novo abraço de esperança.

Nesse esforço de entender a vida das mulheres, eu também criava uma forma de cuidar que não se limitava somente ao consultório. Nós criamos um contato permanente em um grupo de WhatsApp, o que facilitava a criação de uma grande rede de apoio entre as próprias adolescentes. Elas marcavam encontros, ajudavam

umas às outras a entender exames e a lidar com todas as dificuldades de ser mãe adolescente, na maioria das vezes mãe solo. Confiança e afeto têm sido encontrados como sentidos importantes no que as mulheres entendem como cuidado (SALIM et. al., 2012).

Ao ler a respeito das experiências de resistência de Antonio Lancetti, no seu livro “Clínica peripatética”, sobre suas inéditas formas de cuidar no campo da saúde mental, eu entendo suas invenções na clínica como um ato “ousado” de cuidar de seus pacientes. Como ele nos conta: “Todas essas práticas têm a marca da ousadia, da invenção e de uma potência de transformação francamente terapêutica” (LANCETTI, 2008). Intervenções de afeto com seus pacientes em situação de rua e uso de crack fizeram com que outras abordagens pudessem trazê-los para uma terapêutica efetiva. Mais do que uma prática clínica, conduzia-se a um cuidado que produzia cidadania – não só na vida de seus pacientes como na dos próprios profissionais.

Nesses encontros com a vida e as histórias das mulheres, também fui aprendendo que todo parto é uma trajetória que não começa no momento da primeira contração. É uma vivência que surge bem antes no corpo, carregada de lembranças, às vezes alegres, às vezes tristes e traumáticas, quando a violência de gênero nos ensina a ter medo do nosso próprio corpo, carregando marcas de violência e abuso. As práticas que incentivam mulheres a olhar, reconhecer e resgatar a confiança em si mesmas são práticas amorosas. Práticas subversivas ao sistema patriarcal que nos proíbe de escolher a posição de parir ou de expressar qualquer grito de dor e felicidade. *Amar as mulheres* quer dizer lutar pela justiça de elas poderem viver com liberdade, autonomia e apoio nas suas vivências reprodutivas:

*Para elas assim, sabe? É você sentir, você ver o processo delas, né? Eu acho que “suporte” é uma palavra boa mesmo, porque eu acho que é você dar essa estrutura para elas passarem por essa experiência com o nível de significado que elas quiserem ou precisarem dar para essa experiência, né. Porque algumas mulheres vão, isso vai ser superimportante, é um ponto de luta ou é um ponto de reconquista do corpo, de contato do corpo. Para outras é um processo mais prático. Para outras é um processo difícil e talvez não desejado. Então é você dar o suporte para ela passar como ela precisar e tiver que passar assim. **Mas estar por elas. Eu penso que eu amo os bebezinhos (risos), mas eu amo muito as mulheres.** (Lilian, obstetritz)*

*(...) então, quando a gente começou a acompanhar ela, as contrações ficaram eficazes, ela entrou em trabalho de parto ativo e ela pariu duas horas depois. Então,*

*assim, foram duas horas de fato de trabalho de parto, mas com uma latência um pouquinho maior que nem foi tão grande assim também. Eu não fiz nada nesse trabalho de parto a não ser passar um café, organizar as coisas, garantir que o marido estivesse informado do que estava acontecendo, e ele tinha muita confiança. **Na hora que o bebê estava coroando eu não tive coragem de pegar porque eu comecei a chorar.** Então, a outra parteira foi e aparou o bebê. Eu acho que foi um parto que mudou assim... porque eu vi a mudança dela, né... Então, ela passou por uma cesariana desnecessária, e ela saber que ela pode parir aquele bebê naquele momento ali, de uma forma mais respeitosa, que ela pudesse porque era o que ela queria... também me marcou. (Andreza, obstetrix)*

Quando as parteiras e obstetrixes vão compartilhando a trajetória de luta das mulheres pelo direito ao próprio corpo, pela escolha de parir com liberdade, elas também vão entendendo que a justiça reprodutiva é um instrumento de equidade que deve alicerçar as práticas cotidianas. E, mais do que isso, permite criar outras para proteger e defender as mulheres das intervenções desnecessárias na vivência do parto. Como um grande laboratório de criatividade, o vínculo nos traz outras práticas de cuidado. É com esse conceito que podemos ampliar nosso entendimento sobre os direitos reprodutivos, que abrangem também os direitos humanos e a justiça social. Não é um acaso que o tema da justiça reprodutiva também tenha se originado a partir do movimento de mulheres negras na década de 90, na Conferência do Cairo, que debateu o conjunto complexo de opressões e hierarquias reprodutivas que elas vivenciavam no mundo todo.

*(...) dentro da Maoni, é... as mulheres chegam pela via página mas também, né, eu acho que tem outro lugar também, né... que também **nós somos a única equipe formada por mulheres negras aqui em São Paulo.** E a gente já atendeu muitas mulheres negras, e a gente atende muita gente conhecida, porque eu sou militante né, a Nati também, né. (Mayara, obstetrix)*

Ser mulher negra, obstetrix e parteira domiciliar no contexto de desigualdades e racismo estrutural numa cidade como São Paulo inspirou Mayara a construir práticas dentro das consultas de pré-natal que se alinhavam às suas lutas políticas. O afeto que se une na trajetória por direitos e na luta de sobrevivência numa sociedade estruturalmente racista nos ensina mais sobre justiça reprodutiva, pois, ao cuidarmos de outras mulheres, fazemos o movimento de entender o que a justiça social poderia mudar nas suas condições de saúde na gravidez e no parto.

*(...) eu acho que a raça é uma pauta muito grande, assim, que a maioria das mulheres que a gente atende são mulheres negras. Então eu acho que, para essas mulheres, existe sim uma diferença né, porque eu acho que é muito diferente você atender uma consulta de pré-natal de uma mulher branca, na semana em que a polícia dá um tiro numa criança negra. É muito diferente. A pessoa negra que está gestando uma criança negra, a consulta dela vai ser todinha sobre isso, todinha, Bianca. E você vai ter que acolher aquilo, ela vai chorar, ela vai se sentir insegura, ela vai inclusive se arrepender de estar colocando mais uma pessoa negra no mundo. Então eu acho que esse é o nosso diferencial e eu acho que, de verdade, assim, a gente tenta muito incluir os pais nesse lugar de... eu acho que tem muitas particularidades sobre a feminilidade e a masculinidade negra, que é: você pode estudar o quanto for, mas vai ser muito difícil uma pessoa negra se sentir à vontade de falar para você, uma mulher branca. (Mayara, obstetriz)*

Um artigo publicado em 2017, “A cor da dor”, observou as disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto no país e foi elaborado com base na pesquisa “Nascer no Brasil”, que contou com a participação de 23.894 mulheres. Mulheres negras tinham maior risco de um pré-natal inadequado, ausência de acompanhante no parto e peregrinação para hospitais. Também receberam menos orientações durante as consultas de pré-natal e menos anestesia no local da episiotomia (LEAL et al., 2017).

*É... eu acho que é natural, por exemplo, é um pensamento que eu tenho às vezes, de... **Eu tenho muitas amigas, muito amigas minhas brancas, mas eu tenho certeza que eu não sei muito bem se elas vão me entender na minha totalidade se eu estiver com um sofrimento profundo baseado na minha raça.** Elas vão me ouvir, elas vão me acolher, isso eu não tenho dúvidas, mas às vezes a gente quer pessoas que nos entendam, que entendam essa sensação, o que é essa sensação. O que é essa sensação. (Mayara, obstetriz)*

Um exemplo claro de desigualdade racial também está nos dados relacionados ao pré-natal de mulheres negras, por exemplo. Segundo o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância à Saúde (2017), a proporção de mulheres negras com no mínimo seis consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, foi de 69,8%; enquanto, entre as brancas, essa proporção foi de 84,9%. Em relação à primeira consulta pré-natal, no primeiro trimestre realizaram a primeira consulta 85% das gestantes brancas, 73% das negras e 53% das indígenas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, reconhecendo a

necessidades de instituir mecanismos de promoção e proteção da saúde da população negra, com enfrentamento ao racismo institucional no SUS para que indicadores de saúde como precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência sejam eliminados. É dever do estado e do Sistema Público de Saúde estabelecer ferramentas políticas institucionais contra o racismo e fortalecer a luta antirracista.

Uma das experiências mais interessantes sobre como um serviço de saúde pode de fato alcançar melhores resultados no que diz respeito à melhora dos indicadores da saúde das mulheres negras é colocar profissionais negras em lugares de liderança no cuidado. Durante quase um ano, eu convivi com doulas negras em um projeto de saúde para adolescentes, que foram me ensinando como o racismo estrutural impede que mulheres brancas entendam situações que só uma mulher negra vivencia. Grupos de discussão e capacitação sobre o tema são uma opção interessante quando mulheres brancas são formadas por mulheres negras. Essa inversão de lugares é extremamente importante para que a legitimidade de suas falas seja protegida pela instituição.

Trabalhar na perspectiva de pensar as práticas como ferramentas para facilitar o exercício das mulheres pelos seus direitos é uma compreensão que vai muito além da técnica, porque quer dizer compreendê-la como oportunidade de permitir que as mulheres sejam livres para o exercício de sua autonomia na sua vida sexual e reprodutiva. Quando a nossa prática permite às mulheres escolher como e onde parir, exercemos um cuidado para a construção da justiça reprodutiva nos microespaços. A liberdade de posição durante a vivência do trabalho de parto, por exemplo, é umas das recomendações dos manuais nacionais e internacionais de boas práticas na assistência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018) e está baseada no direito das mulheres à autonomia.

*(...) mesmo no contexto hoje que eu trabalho em Médicos sem Fronteiras, quando eu tô com outras pessoas expatriadas e elas acham que elas podem trazer o modelo delas, que elas, sei lá, se formaram nos Estados Unidos, eu trabalhei há pouco duas semanas com uma parteira americana e uma médica brasileira mas que se formou nos Estados Unidos, e a gente teve uma situação x, e elas queriam dizer para a mulher deitar para poder parir esse bebê prematuro que já estava morto, e que era uma placenta prévia, mas, assim, elas queriam mudar a posição da mulher, sendo que ela tinha escolhido aquela posição para parir, então, na minha cabeça, parece que o que*

*eu gosto de trabalhar enquanto obstetriz é que eu ainda posso facilitar esse processo de autonomia na mulher. (Andreza, obstetriz)*

Muitos estudos vêm denunciando a violência cometida contra as mulheres durante a gestação, o parto e o pós-parto (D'OLIVEIRA et al., 2002; AGUIAR, 2010; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, TESSER et al., 2015; DINIZ et al., 2015; SENA, 2016; CASTRO e FRÍAS, 2019; TOBASÍA-HEGE et al., 2019; ASSIS, 2018). No Brasil, o descumprimento dos direitos humanos das mulheres no parto tem sido discutido há mais de 25 anos, e muitos avanços foram alcançados, a partir da luta e da organização política das mulheres, como a própria conceituação do termo, o processo legislativo e os mecanismos de denúncia pelo Ministério Público Federal (LEITE et al., 2022). O termo racismo obstétrico tem expandido a REFLEXÃO SOBRE A interseccionalidade do tema e a questão racial (CURI, RIBEIRO e MARRA, 2020).

O entendimento da violência obstétrica como uma infração aos direitos humanos das mulheres foi discutido primeiramente por Bowser e Hill (2010), nas dimensões de abuso, desrespeito e maus-tratos. A narrativa da violência obstétrica enquanto desrespeito e violação de direitos abriu caminhos para uma discussão mais ampla em saúde pública e tem impulsionado o poder judicial a compreender melhor o tema.

Uma série de ações e políticas públicas buscam realizar esse diálogo com os(as) profissionais de saúde, que muitas vezes não entendem como práticas inadequadas no parto: o abuso físico; a prática sem consentimento; a violência verbal e emocional; a discriminação a atributos específicos; a coerção à autodeterminação; e a autonomia (ZORZAM e CAVALCANTI, 2016). Tais ações são infrações aos quatro grandes pilares dos direitos reprodutivos das mulheres: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade (CORRÊA e PETCHESKY, 1996).

Algumas obstetrizes relataram que a escolha pelo parto domiciliar também é uma estratégia das mulheres para fugir da violência obstétrica nos hospitais. Segundo uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010), uma em cada quatro mulheres refere ter sofrido algum tipo de violência no parto. O mesmo vimos também com as parteiras domiciliares.

*Então, você enfrentar isso em muitos níveis né, do nível mais... Não sei se são escala de níveis assim, mas desde esse entendimento social sobre a mulher, sobre o corpo dela, sobre direitos, sobre autonomia, sobre parir né? Sobre o que precisa ou não*



*precisa parir, sobre o sagrado ou não. Ou a dimensão do que é esse processo de transformação das mulheres e a chegada do bebê. E, aí, isso inclui tantas coisas né? Nas políticas públicas, na realidade do hospital. Você sabe, para a gente também é angustiante, às vezes quando elas chegam para o domiciliar numa intenção de fugir do hospital. (Lilian, obstetriz)*

*Aí, porque tem umas que dizem assim, eu não vou porque em Tefé as pessoas maltratam muito a gente. Eu tenho uma nora, que o primeiro bebê dela, ela, ela foi para Tefé e nesse dia que ela começou a sofrer para ter bebê, eu estava fazendo o curso lá em Tefé, e eles não mandaram me chamar, aí ela sentiu à noite, elas mandaram chamar a enfermeira, a enfermeira veio, e ela estava tão próxima para ter bebê, e o bebezinho estava de pé, e ela nunca tinha mandado pegar. Aí nasceu lá do pezinho, a enfermeira levou para Tefé, quando chegaram lá ela disse que elas puxaram a criança e quebrou o bracinho aqui, bem aqui quebrou, ele morreu, o primeiro filho dela. (Dona Sebastiana, parteira tradicional)*

No contexto da gravidez e do pré-natal, também é presente a violência obstétrica nos relatos de parteiras e obstetrizes, quando profissionais não estão sensíveis à realidade nem às necessidades de cada mulher.

*Porque ele [o médico] acha que no momento ela não é uma pessoa que está passando por uma modificação no corpo, ele acha que ela é um objeto que ele pode fazer dela o que quer. E não é assim, ela tem que deixar agir o corpo dela como a natureza pede, porque a natureza de ter bebê é uma natureza que ninguém entende a não ser a pessoa que está passando por aquele processo, é uma modificação no corpo. (Tabita, parteira tradicional)*

Parece haver uma fragilidade no entendimento, por parte dos profissionais médicos, sobre o que de fato é o direito à autonomia no poder de escolha e decisão das mulheres sobre seu próprio corpo, o que confirma o achado de outras autoras (DINIZ, 1996; MARTIN, 2006).

*Ou mesmo as não gestantes, porque a minha prática hoje não é só com mulheres gestantes, nem só com mulheres no pós-parto, mas também com a saúde sexual e reprodutiva ou com sobreviventes de violência sexual, mas é uma área que é muito difícil as pessoas terem acesso a um cuidado que de fato respeite as decisões delas. E o fato às vezes de ser, de estar grávida, ou o fato de você estar querendo engravidar, ou no pós-parto, parece que você perde a sua autonomia. (Andreza, obstetriz)*

Muito sobre justiça reprodutiva ensinam as parteiras tradicionais, que trabalham no limite da sobrevivência em contextos de desigualdade e violência. O entendimento de que melhorar a vida das mulheres é parte da prática do cuidado faz

do trabalho de Tabita uma inspiração de luta e resistência na comunidade onde ela mora. Filha de dona Joana, também parteira tradicional, ela luta para que as mulheres acessem e exerçam seus direitos em saúde.

*(...) com a lei, tanto nos estabelecimentos municipais como privados, nós temos direito de acompanhar se elas escolherem a gente, a gente tem... vamos supor... se eu vou para uma clínica particular e ela me escolheu, eu tenho direito, a lei me ampara. Conseguimos o dia nacional da parteira, temos, já foi legalizado. Então, já foram várias conquistas que a gente conseguiu de uma ONG. (Tabita, parteira tradicional)*

O entendimento de que o parto é mais do que somente uma experiência fisiológica também deixa as parteiras tradicionais e obstetrias sensíveis a outras dimensões do cuidado, que incluem fatores importantes como suas emoções, afetos e crenças. O parto, em muitas culturas, representa um rito de passagem e uma experiência social e cultural (KITZINGER, 2000). Estar sensível para essas vivências intensas também atravessa experiências de afeto compartilhado e deve fazer parte de uma boa parteira e obstetria.

*É uma experiência da família inteira. É uma experiência muitas vezes espiritual, dependendo da crença daquela mulher, é uma experiência fortemente emocional, dependendo do lugar, das vivências que aquela mulher já teve, então ter essa capacidade de olhar para isso, não deixar isso de lado mesmo sendo muito boa tecnicamente. (Thais, obstetria)*

*Ah, eu acho, não tem como né... A gente é criado com base social em emoção e tal e... e a gente ouve muitas vozes na nossa cabeça, fora a nossa de base, a nossa construída dentro da relação com os pais, a nossa construída dentro da vida, da vivência, a minha como profissional. Então, eu acho que não tem como separar o contexto emocional, a relação que está vivendo, a relação que tem com o companheiro, com a filha, com o trabalho, tá tudo ali, né [no momento do parto]. (Mariane Menezes, obstetria)*

*Ela tem que ser muito humilde [a parteira], ela tem que ser mesmo bem chegada com as pessoas, conversar com as pessoas, adomar, porque muitas das vezes tem pessoas que, quando estão sofrendo para ter bebê, só querem uma pessoa só, outra não quer não, porque parece que ela se sente né, aí, **aí a gente tem que ter amor, bem amor mesmo, que ter muita paz com aquela pessoa para poder você conseguir (...).** Dona Sebastiana, parteira tradicional*

## 7.3 PRÁTICAS DE CUIDADO COMO SUBVERSÃO

### 7.3.1 Subversão e Construção de Interconhecimentos Pelas Obstetrizas: Contando Uma História

O pensamento pós-abissal pode ser sintetizado como um aprender com o Sul usando uma epistemologia do Sul. Ele confronta a monocultura da ciência moderna com uma ecologia de saberes, na medida em que se funda no reconhecimento da pluralidade de conhecimentos heterogêneos (sendo um deles a ciência moderna) e em interações sustentáveis e dinâmicas entre eles sem comprometer sua autonomia. A ecologia de saberes se baseia na ideia de que o conhecimento é interconhecimento (SANTOS, 2007, p. 85).

Este capítulo pretende contar sobre a atuação das obstetrias no contexto do parto domiciliar e a construção de suas práticas dentre os conhecimentos tradicionais e aquelas da MBE, que entendemos como um interconhecimento a partir do conceito de ecologia dos saberes. Para isso, vamos retomar alguns momentos da história que nos levaram ao lugar que exercemos e no qual resistimos hoje, como obstetrias, no contexto brasileiro.

Retomando uma história contada a partir de um lugar eurocêntrico da ciência, a que temos acesso, o processo de hospitalização do parto, aliado à tomada de poder dos médicos no campo da obstetrícia, suprimiu as parteiras com formação dos partos domiciliares nos meios urbanos (mais precisamente no início do século XX). Hoje elas retomam um lugar e um espaço de atuação que historicamente lhes foi sendo roubado e cerceado pelos homens e as instituições de poder, como os hospitais e a igreja, que em grande parte também organizavam as casas de caridade e as Santas Casas.

Sobre isso vale a pena contar o que traz o livro “Mulheres e medicina”, de Leeson e Gray (1978), sobre como as mulheres foram sendo desprestigiadas ao longo do tempo, perdendo seu lugar de poder para os homens no que diz respeito ao cuidado à saúde. Ao que historiadores indicam, o cuidado da saúde sempre esteve a cargo das mulheres, em especial a partir do momento em que aconteceu a sedentarização e os homens saíram à caça, enquanto elas ficaram responsáveis pelo cuidado das crianças e pelo cultivo de plantações.

Todo um sistema de cuidado foi sendo construído, ao longo de milhares de anos, a partir do que as mulheres vivenciavam com seus entes familiares e parentes próximos – aquelas mais velhas, por exemplo, ajudavam as mais novas a parir e

cuidar dos filhos, construindo um conhecimento sobre as plantas, poções e ferramentas de cura.

A partir de uma referência eurocêntrica da história, sabemos que houve um processo de profissionalização do cuidado da saúde, e as mulheres foram perdendo seu lugar de atuação, acusadas de serem bruxas porque atendiam a partos e sabiam sobre as ervas e os ritos de cura na Idade Média. No século XIII, isto é, no século anterior ao da caça às bruxas, a medicina começou a se firmar como ciência laica, tendo se tornado profissão, o que fomentou uma ativa campanha contra as mulheres curandeiras (excluindo-as das universidades) muito antes de começar a caça às bruxas.

No século seguinte, foi instituída a campanha de caça às bruxas pelo clero, e um forte teor moral era propagado sobre elas. O próprio *Malleus Malleficarum* foi um importante documento e guia de caça às bruxas que, entre outras coisas, alertava para o poder que estas possuíam junto aos demônios, por fazerem com que homens virassem bestas com sua paixão e o ato sexual.



**Figura 35.** Ilustração extraída do livro “Brujas, panteras y enfermeras: una história de sanadoras”.<sup>89</sup>

<sup>89</sup> Enreinreich e English (1973, p. 11).

Uma mulher só poderia se envolver com a medicina se tivesse estudado e, caso praticasse alguma forma de uso de plantas para a cura, eram torturadas e condenadas automaticamente. As parteiras, mais do que em qualquer outra prática de cuidado, eram uma figura tida como a mais perigosa, pois, além de estarem relacionadas aos assuntos venéreos, tinham os principais materiais de bruxaria, como a placenta, o cordão umbilical, os recém-nascidos e os bebês.

A Igreja conseguiu impor um rigoroso controle sobre a medicina e só permitiu seu desenvolvimento dentro dos limites da doutrina católica. Os médicos formados não estavam autorizados a exercê-la sem a assistência e assessoria de um sacerdote, tampouco se permitia tratar um paciente que se negasse a se confessar. Inúmeras mulheres foram sendo forçadas a sair da “medicina ortodoxa”, ocupando lugares de subserviência, enquanto os homens adquiriam o monopólio legal da medicina.

O século XIX, em alguns lugares da Europa, foi também palco de contra-ataques das mulheres – por exemplo, a criação de uma escola de medicina para mulheres, fundada em 1874, em Londres. Houve manifestações contra médicos por eles realizarem especulações e abuso do uso de fórceps, mas, nesse momento, elas já eram julgadas como ignorantes e atrasadas no campo da “ciência” (EHRENREICH e ENGLISH, 1973).

Contamos, em um capítulo anterior, a história que aconteceu no Brasil até a última e mais recente tentativa de formar parteiras autônomas e independentes dos médicos, como é o caso do curso de Obstetrícia da USP, inaugurado em 2005. O que eu quero continuar a narrar é a história de que, a partir daí, continuamos a viver num complexo campo de disputas e represálias, mas na tentativa de construção de uma prática também relacionada a um contexto político, social, econômico e cultural, no qual trabalhamos e resistimos para sermos obstetrias.

A partir desse lugar afetivo agregado à minha trajetória, conto a história de algumas obstetrias entrevistadas imbricadas à minha, quando nos aventuramos a criar o primeiro grupo de obstetrias na cidade de São Paulo e um modelo de cuidado que ainda hoje está em permanente construção de saberes entre vários sujeitos que continuam na prática autônoma do parto domiciliar.

A maioria das obstetrias entrevistadas nesta pesquisa começou a acompanhar partos domiciliares sem nunca antes ter aprendido com outra parteira mais experiente. Isso pode parecer estranho, mas quando fizemos a graduação em

obstetrícia não realizamos estágios com parteiras domiciliares, e a assistência hospitalar é o foco de atuação.

Naquele momento, o parto domiciliar acontecia como um ato de insubmissão das próprias mulheres à violência presente no sistema de saúde e, ao mesmo tempo, significava outras profissionais enfrentando um lugar de atuação dominado pelo saber médico. Era preciso, então, elaborar um conhecimento a partir da própria experiência vivencial entre as obstetrias e as mulheres cuidadas. Esse processo acabou dando origem à possibilidade de um modelo de cuidado – um lugar de diálogo e convergência de práticas de diferentes origens que foram (e vão) constituindo interconhecimento com os saberes tradicionais, a formação acadêmica e a medicina baseada em evidências<sup>90</sup>, que discutirei mais adiante.

Antes de iniciar o campo da minha pesquisa, eu achava que certamente encontraria mais dos conhecimentos de parteiras tradicionais brasileiras nas práticas das obstetrias brasileiras que na de outras estrangeiras. No entanto, a pesquisa de campo mostrou um nicho específico de práticas tradicionais vinculadas às parteiras tradicionais mexicanas, especificamente com o uso de chás e das manobras com um pano chamado de *rebozo*.

*Uma coisa que a gente adotou como protocolo, eu acho que para todas, que é comum a todas, na verdade, é que à medida que a gente foi estudando, então essa coisa do rebozo e a gente usava o rebozo, você vira bebê, você relaxa... (Lilian, obstetria)*

Durante o campo, quase não encontrava as práticas tão utilizadas por parteiras tradicionais aqui no Brasil, entre as obstetrias, enquanto repetidamente eram mencionadas outras figuras famosas estrangeiras. Ao observarmos a trajetória do próprio movimento de humanização e suas bases filosóficas, vemos que há uma grande intersecção entre uma elite de parteiras estrangeiras americanas (Inna May Gaskin) e inglesas (Elizabeth Davis), cientistas e médicos (Michel Odent) que faz parte de uma rota específica de livros, autores e personagens compartilhados entre os membros do movimento de humanização do parto. Sobre isso, vale a pena retomar o estudo de doutorado de Diniz (2001) sobre os sentidos e desdobramentos desse evento que aconteceu em diversos locais e tempos históricos:

---

<sup>90</sup> A definição da MBE está no uso consciencioso das melhores evidências disponíveis nos cuidados de saúde de um paciente, com a experiência clínica de cada profissional. (STRAUS et al., 2005)

A crítica ao modelo de assistência, batizada com uma diversidade de termos, se desenvolve a partir de uma variedade de perspectivas. Entre elas profissionais dissidentes, já na década de 1950, como os do movimento pelo parto sem dor na Europa, os ativistas do método Dick-Read e o parto sem medo, e posteriormente os do método Lamaze e Leboyer (parto sem violência). Outra vertente é a do parto natural do movimento hippie e da contracultura, cuja maior expressão é a experiência da comunidade conhecida como The Farm nos EUA (GASKIN, 2003). O feminismo, em suas muitas versões, tem um papel central, desde o movimento de usuárias pela Reforma no Parto, nos EUA na década de 1950, e nas décadas de 1960 e 1970, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres (BWHBC, 1998). Posteriormente, as feministas redescrevem a assistência a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos (CLADEM, 1998, RNFSDR, 2002), e propõem uma assistência baseada em direitos (WHO, 2005). Foram muito influentes a abordagem psicosssexual do parto de Sheila Kitzinger (1985), a redescritção da fisiologia do parto de Michel Odent (2000), e a proposta de parto ativo de Janet Balaskas (1996), entre outros autores. As vertentes amigas da mulher (woman-friendly) e centradas na mulher (woman-centered) são propostas principalmente para organização de serviços (CIMS, 2005). Mais recentemente, surge uma abordagem do parto como experiência genital e erótica, com desdobramentos inéditos na assistência (VINAVER, 2001) (DINIZ, 2001, p. 629).

O uso do *rebozo*, por exemplo, foi divulgado em inúmeras oficinas, workshops e congressos organizados por diversas entidades, com a presença de uma parteira mexicana com formação direta de *midwife* nos Estados Unidos, Naolí Vinaver, em várias regiões do país. Essa vertente referente aos conhecimentos das parteiras indígenas mexicanas fez parte da construção do movimento de humanização no Brasil e tem sido parte de um conjunto de práticas e conceitos construídos ao longo dos últimos 15 anos nas práticas das obstetrias entrevistadas.

Como esta é uma pesquisa que se insere nas discussões decoloniais, é importante refletir sobre as dinâmicas dos encontros entre conhecimentos e como suas interações podem resultar em pensamentos sustentáveis que respeitam a autonomia de cada grupo de saberes. Nesse escopo, o tema da apropriação cultural<sup>91</sup> tem sido uma das consequências desses encontros entre saberes e feito parte dos estudos críticos na área de gênero e saúde materna, por estudiosos(as) que pretendem confrontar injustiças sistêmicas na saúde sexual, reprodutiva, materna e neonatal em torno do mundo (ASHLEY et al., 2022).

---

<sup>91</sup> A expressão “apropriação epistêmica” parece ter de origem complexa. Tem sido utilizado desde o início do século XX. Em Bourdieu já se encontrava o termo *cultural appropriation*, e Françoise Lionnet introduziu o conceito nos estudos do pós-colonialismo, nos anos 90. Essa informação é fruto de uma pesquisa realizada pelo economista Thomas Conti em seu blog de divulgação científica. Disponível em: <<http://thomsvconti.com.br/2017/apropriacao-cultural-uma-historia-bibliografica/>>.

A injustiça sistêmica, a partir dessa perspectiva crítica de análise, resulta de um complexo conjunto de disparidades étnicas, raciais e socioeconômicas que impactam negativamente no campo da saúde sexual e reprodutiva, com as altas taxas de mortalidade materna e neonatal, a falta de acesso ao aborto seguro, a persistência da violência obstétrica e o racismo obstétrico nos países do sul – aqueles onde houve o processo violento da colonização.

Nesse contexto, a utilização do *rebozo* e outras práticas tradicionais indígenas têm sido discutidas<sup>92</sup> pelos estudos decoloniais da atualidade, quando as “apropriações” de saberes (técnicas, práticas, utensílios, adornos, arte, música, literatura) são interpretadas a partir de uma análise de estrutura colonial, pela qual a cultura dominante explora e desconsidera a origem ou autoria da outra. Assim, a reflexão sobre a construção de interconhecimento, mediado entre diversos saberes, não deve perder de vista uma análise crítica sobre seus impactos e consequências no que diz respeito aos grupos mais oprimidos da linha abissal (sociedades que foram colonizadas sob força e violência).

Atualmente, tem-se discutido a ideia da reparação epistêmica como forma de garantir que esses grupos excluídos da história, como indígenas e africanos, possam recuperar seu lugar de autoria e legitimidade nos campos do saber das diversas sociedades, principalmente naqueles em que houve o processo de silenciamento, exploração e violação de suas culturas.

A autora Vega (2020), antropóloga mexicana, fez um estudo etnográfico a respeito do turismo de parteiras mexicanas nas comunidades internacionais do movimento de humanização e também sobre o cenário da humanização do parto no México, onde estrangeiros consomem práticas indígenas que não são autênticas. Segundo a autora, há muitas diferenças entre como essas práticas se desenrolam em contextos indígenas e no próprio turismo etnomédico.

Quando pessoas não indígenas se colocam como representantes da parteira tradicional mexicana, e as parteiras tradicionais são excluídas das cadeias de lucro, esse tipo de turismo exclui a população indígena, reforçando o que a autora considera como estereótipos romantizados do “outro” indígena. Esse turismo poderia ser mais

---

<sup>92</sup> Tomei conhecimento desse grupo de estudos no ano de 2022, durante uma pesquisa sobre o tema da decolonialidade em saúde. Recebi o convite para realizar uma pequena apresentação sobre esta pesquisa de doutorado e fomentar a discussão sobre as possibilidades de uma obstetrícia decolonial. O evento discutiu o uso de práticas indígenas como “apropriação cultural”. O grupo tem um site na internet, disponível em: <https://criticalmidwiferystudies.wordpress.com/>.



sustentável se os indígenas colhessem benefícios e lucros dessa atividade, rompendo com estruturas de heranças coloniais que favorecem desigualmente as próprias elites. Segundo ela, há uma exclusão das parteiras indígenas com base em raça, classe e gênero. Atualmente, a Secretaria Mexicana da Medicina Tradicional e Desenvolvimento Intercultural (TMID) e a Associação Mexicana de Obstetrícia, além de estudiosos e ativistas críticos desse cenário, estudam algumas possibilidades.

No seu estudo, a antropóloga viu que a maioria dos casais que optam pelo chamado parto humanizado no México é formada por pessoas altamente diplomadas, intelectuais em ciências e humanidades, que leem em inglês e francês e têm como base admiradora personalidades internacionais, como estrangeiras inglesas, americanas e obstetras franceses, como Michel Odent. Ao mesmo tempo, há uma fetichização das parteiras tradicionais, quando elas recebem críticas por modificarem suas práticas e performances de acordo com a interação que têm com o modelo biomédico, como se devessem permanecer como representantes de suas raízes pré-coloniais do México. Há uma curiosidade em torno das práticas das parteiras tradicionais mexicanas que se alimenta de um desejo pelo “natural” ou um suposto “retorno à natureza”. Os estudos de Tornquist (2004), feminista brasileira, mostram o mesmo no movimento de humanização brasileiro.

O encontro entre conhecimentos parece sempre atravessado pelo desafio constante do alcance para o que Boaventura Santos (2018a) nomeou de “ecologia dos saberes”, quando as interações entre os diversos grupos sociais e seus conhecimentos são respeitadas à autonomia e existência de cada um deles. Neste capítulo, tento contar um pouco sobre como as práticas dessas obstetras entrevistadas que faziam parte dos primeiros grupos de parteira se constituíram na encruzilhada de encontros de saberes, num ambiente de discussão complexa, tendo em vista o que discuti acima.

A prática de obstetras em partos domiciliares se iniciava com as primeiras formadas também entrevistadas nesta pesquisa: Andreza e Mariane, ambas da primeira turma de obstetras, graduada em 2008, com a criação do grupo La Mare.<sup>93</sup>

---

<sup>93</sup> É provável que esse tenha sido o primeiro grupo a ser construído nesse modelo de cuidado realizado por obstetras. Aqui em São Paulo, já trabalhavam parteiras em duplas ou de forma autônoma, havia alguns anos, e pensamos em uma forma de construção de um modelo coletivo que dialogasse com o que nos contava a história do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Todas tínhamos profunda admiração pela história do coletivo – ressoava o desejo de parteiras construírem um modelo de cuidado de uma forma autônoma, sob a perspectiva de um olhar feminista no campo da saúde.

Sobre isso é inevitável contar a história que traçamos juntas desde o fim da graduação e a formação de um grupo de parteiras que atendia no CFSS (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde) em fins de 2012.

Como se tratava de uma formação nova no Brasil, iniciou-se um processo criativo de construir um modelo de cuidado em grupo, pelo qual mulheres e famílias se vinculavam a todas as parteiras durante todo o acompanhamento do pré-natal ao pós-parto. E iniciamos o atendimento às mulheres com consultas de pré-natal, um grupo de gestantes e oficinas de pós-parto na sede do CFSS.



**Figura 36.** Juliana Varela e Anita. Primeiro parto e nascimento domiciliar pelo La Mare, em março de 2013.<sup>94</sup>

Como idealistas de uma prática que também dialogasse com a ideia de conhecimento local e a não monocultura de saberes, fomos construindo uma aprendizagem genuína com as mulheres que acompanhamos. O “fazer saber” com outras mulheres mais uma vez florescia como lugar de aprender conhecimento vivencial e ao mesmo tempo científico, com a liberdade de criar outras formas de cuidado.

---

<sup>94</sup> Arquivo próprio.

*Às vezes é uma conversa, às vezes é entender um pouco por que ela está tão ansiosa, ou o que que está acontecendo ali, que geralmente vai ser através de conversa, de escuta. Pode ser algum tipo de atividade com as mãos, então... sei lá, trazer algo para consulta de pré-natal que aquela mulher consiga se comunicar. Já costurei almofada de camomila junto com a gestante; então, eu incluiria isso como uma prática... Já pintei o body do bebê para ver se eu conseguia ali criar uma conexão com aquela mulher que estava muito em dúvida se ela estava gostando de estar grávida ou não (...). (Andreza, obstetrix)*

*(...) pré-natal, por exemplo, a gente tinha que fazer a reconciliação amorosa do casal, aí a gente fazia, eu cheguei a levar tigela tibetana, eu chego a fazer, a rezar para eles, né, eu chego a querer que eles fiquem lembrando do primeiro dia que se conheceram, e cada um falaram um pouco o quanto um é importante para o outro, sabe, esses dias assim são muito gostosos também, de relebrá-los da existência do amor deles, né... (Cléo, obstetrix)*

Um interconhecimento parece ser construído quando, entre livros e a própria prática de cuidar e compartilhar conhecimentos com as mulheres, as obstetrixes vão tecendo outras descrições de corpo e cuidado. Na coexistência entre os saberes científicos, as práticas de parteiras tradicionais (nacionais e estrangeiras) e as vivências que as obstetrixes têm com as outras mulheres, cria-se a ecologia de um conhecimento potencialmente transformador – um saber que se constrói na prática como resistência diária de seu ofício de ouvir, olhar e tocar as mulheres para que possam parir de forma libertadora. Algumas vão precisar de olhos atentos, outras, de silêncio para ouvir seus próprios gritos. A construção de cada cuidado vinculado ao ativismo pelo fim da violência obstétrica encontra espaços no que Boaventura Santos (2018a) propõe sobre as lutas do sul.

*Tem mulher que vai precisar do silêncio (...). Tem mulher que vai precisar muito da privacidade, né, que vai precisar muito ficar com um acompanhante ali dentro, e a gente entra, fica muito na retaguarda. Tem que ser bem invisível. Tem mulher que não vai fazer questão, vai precisar do olho no olho, de saber que a gente está ali para conseguir passar pelo processo com tranquilidade. (Thais, obstetrix)*

Não é clara a origem de muitas práticas relatadas pelas próprias obstetrixes ouvidas nesta pesquisa, e isso também se deve ao que viemos discutindo até aqui sobre o conceito de epistemicídio, citado em capítulos anteriores. Muitas das práticas de parteiras tradicionais em diversos lugares do Brasil foram desprezadas pelo saber institucionalizado da obstetrícia e, em grande medida, continuam marginalizadas em razão das estruturas históricas de dominação, exploração e machismo do campo de

saber da medicina – por exemplo, o uso de chás e manobras, como a famosa “puxação de barriga” que ouvimos no campo.

Nesse sentido, é complexa a tentativa de descrição e análise das práticas que têm sido desenvolvidas e estão imersas nesse campo conflituoso de saberes. Por isso, o objetivo deste capítulo também é olhar para uma possibilidade de reparação às parteiras tradicionais, na medida em que obstetrizas *reconhecem e valorizam* seus potenciais saberes dentro de sua própria atuação. Ao mesmo tempo, vemos um ato subversivo das parteiras tradicionais, pela manutenção e resistência de um saber oral e subversivo, e também das obstetrizas, que pretendem realizar constantemente um diálogo entre a ciência biomédica e a sabedoria das parteiras tradicionais.

O uso de práticas conhecidas como “Gail”<sup>95</sup>, intitulada assim pelas próprias obstetrizas entrevistadas, também demonstra como alguns conhecimentos podem ser mais facilmente legitimados em detrimento de outros por estarem no norte global. Nesse sentido, também se estabelecem outras linhas abissais de epistemes das práticas, em que o conhecimento da *midwifery*<sup>96</sup> está, por um lado, valorizado e difundido em países do Sul, enquanto outros conhecimentos dos grupos mais discriminados historicamente são dificilmente acessados.

*(...) Foi feito nos Estados Unidos, a mesma turma que a Gail já trabalha, mas aí ela está trazendo as coisas mais específicas, ela tem uma pessoa que ama anatomia, é superfocada em anatomia, consegue juntar a ideia de fáschia, por onde que ocorre a fáschia, como você lida com ela... Aí, traz outra que lida mais com a vibração mesmo, né, o jiggling, a vibração levinha... Então, trouxe um boom de conhecimento que vem de várias vertentes, que é coisa da Gail mesmo né, ela juntou o negócio aqui com outro negócio aqui, ó... dá esse, dá esse bolo aqui também... (Mariane, obstetriz)*

*E aí veio o tal do boom do spinning babies, a [cita uma pessoa] fez uma formação, a gente também virou olhar né, colocou o olhar para essa questão de como as posturas e as movimentações se interligam. Que a gente tem uma ideia muito geral no curso, de posturas, de coisas que é bom na movimentação, mais um cuidado mais teórico. Aí a gente fez um curso, eu e a Rô, fizemos um curso com a Gaskin, que ela veio para o Brasil uma vez. E me parece que os estudos delas são uma base, né, a Gail acho que partiu, pegou um pouco daqueles estudos. (Lilian, Obstetriz)*

<sup>95</sup> Gail Tully é uma parteira profissional americana que desenvolveu o método *spinning babies*, ou “girando bebês”, na tradução livre para o português. A proposta é facilitar a fisiologia do parto com um movimento com a mãe gestante para que o bebê assuma outras posições.

<sup>96</sup> Segundo a “Enciclopédia britânica”, é a “ciência da saúde e a profissão da saúde que lida com a gravidez, o parto e o período pós-parto (incluindo os cuidados com o recém-nascido)”. Disponível em: <https://www.britannica.com/science/midwifery>.

*Né, você acha que vale a pena, que tinha dado acho que oito horas de bolsa rota, ela estava com contrações bem esporádicas, assim, e a mulher não queria que entrasse com nada que não tivesse necessidade né, e também não tinha necessidade ali, não tinha indicação, falou “ah pode ser uma boa”. Aí ela fez acupuntura e falou “ah, vou sair para comer”, eu falei “ah, então tá bom, a gente vai fazer um pouquinho de liberação lateral aqui de spinning para ver como ela fica”. A gente fez três contrações de um lado para outro, ela já não tolerou, aí ela já ficou de pé, já foi vomitar (...) então foi muito rápido, assim, entendeu, foi tipo acupuntura e fazer para um lado que provavelmente era o que precisava liberar alguma coisa ali, aí, eu acho que foi coisa de 40 minutos depois, nasceu. (Thais, obstetriz)*

Além da valorização pelo “natural”, há um interesse peculiar por conhecimentos não ocidentais compartilhados por profissionais e ativistas do movimento de humanização, o que inclui acupuntura, fitoterapia, aromaterapia, medicina chinesa, yoga, gentle birth<sup>97</sup>, entre outras terapias que também fazem parte das chamadas práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), em diálogo com o esforço de combater a medicalização excessiva. O campo das PICS contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que são também denominados pela OMS de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

*“Porque ele vai, e tem algumas pessoas negras que trabalham com isso, terapeutas, psicólogas né, que foram estudar a bioenergética, para falar sobre corpo e sobre como os traumas, eles... eles entram no nosso corpo, no nosso músculo e fazem com que a gente acumule tensões. Então a... a prática bioenergética é você identificar essas tensões e tirar essas tensões. Então eu achei isso muito legal, mas é uma coisa muito longa, e aí vi a acupuntura né, que eu acho que é uma coisa que se aplica mais, se aplica a muitas pessoas né, dá para você usar agulha, dá para você não usar agulha né, tem tanto recurso, é massagem, é ventosa, é moxa né, é alimentação né, é fitoterapia, tem muito recurso a medicina chinesa, e eu achei que é uma... que é uma prática que tem uma aplicação mais geral, assim, para as pessoas, tanto que eu tô... eu tô estudando bastante agora saúde de mental, inclusive. (Mayara, obstetriz)*

*Ah, alguns estímulos naturais, aprendemos um pouco sobre homeopatia. Então, a gente tem um kit que não é exatamente o que a gente leva no trabalho de parto, não necessariamente, mas essas coisas ficam separadas ali para quando a gente precisa, por exemplo, trabalhar estímulos naturais que são... Tem quase um programinha assim do que a gente vai fazendo né, então a gente usa as homeopantias. (Lilian, obstetriz)*

---

<sup>97</sup> “Gentle birth”, na tradução livre “parto gentil”, é um método que tem como foco a preparação mental para o parto, criado por uma parteira irlandesa e lançado no Brasil em 2017. Utiliza conceitos do “mindfulness” ou “concentração plena”, meditação afirmativa e hipnose.

*Que estava em desespero, desespero assim total... e... e foi muito legal que daí nessa hora a gente pegou uma misturinha que a gente tinha, eu não lembro exatamente o que que era, eu sei que tinha, tinha cítrico junto [óleo essencial], e... a gente chegou ela estava deitada jogada no chão, assim, entre uma cama e um berço, uma posição totalmente que a gente também não ofertaria [risos], mas... Escolheu ali, e a gente começou a usar na coxa dela, o ólinho e os gritos de desespero passaram em alguns minutos. E, assim, foi muito gostoso de ver aquilo né, aquela coisa, ela voltando, focando, sem falar nada, com um cheirinho ali. (Mariane, Obstetriz)*

Por meio de inúmeras conferências internacionais, a OMS criou em 1970 o Programa da Medicina Tradicional na área da saúde, que inclui uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano. No Brasil, a legitimidade dessas práticas se deu com a criação do SUS, em 1988, e a Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC) (BRASIL, 2015b).

Segundo o manual da OMS “General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine”, publicado em 2000, a definição de medicina tradicional se estabelece como:

A medicina tradicional tem uma longa história. É a soma total de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas na manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais. Os termos medicina complementar/alternativa/não convencional são usados alternativamente à medicina tradicional em alguns países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000, p.1. Tradução minha).

Para alguns autores, as PICS são uma oportunidade para o enfrentamento do positivismo cartesiano biomédico e fortalecem as lutas da decolonização da saúde quando outras abordagens de cuidado são possíveis de existir nas sociedades atuais (GUIMARÃES et al., 2020). Uma série de cursos é divulgada nas mídias sociais para profissionais como doulas, enfermeiras, obstetrias e médicos. A medicina tradicional chinesa é bastante presente nas práticas de algumas obstetrias, como a acupuntura e a moxa:

*É, exatamente, então acupuntura é uma coisa que a gente indica bastante, a gente consegue ter uma conversa legal também com os demais profissionais daqui para, por exemplo, o bem-estar da saúde física mesmo com as físicas que trabalham aqui, as nutris, então consegue dar uma integrada, apesar da gente não trabalhar junto dentro da mesma sala ali, no momento, né. A gente consegue também durante a consulta fazer um acolhimento da parte emocional quando elas trazem, também legal, eu acredito, e o que a gente consegue a gente dá, a gente vai tentando suprir*

*ali, daí quando a gente vê que é algo muito além, putz, tá começando uma depressão, tudo, a gente já encaminha, frisando a importância de fazer esse acompanhamento também, tudo. E a parte... e a parte técnica da coisa também, né, então a gente fica sempre muito atenta à questão dos exames, de como que estão esses exames, preencher bem preenchido o cartão de pré-natal e o prontuário da sua mulher e o exame físico também, fazer bem-feito o exame físico obstétrico aqui. (Thais, obstetriz)*

Ao mesmo tempo, muitas terapias que fazem parte das denominadas PICS estão imersas nos conhecimentos de origem indígena e africana, de povos historicamente oprimidos, que contam uma história de resistência e epistemicídio. A sabedoria ancestral do escalda-pés pode ser interpretada como parte dos conhecimentos da medicina chinesa, mas, na perspectiva de análise desta pesquisa, também é a tradução do conhecimento de uma mulher negra que aprendeu com outras mulheres de sua família a cuidar uma das outras – um recorte que precisa ser reconhecido no contexto das terapias chamadas “tradicionais” ou “integrativas”. Dar nome também visibiliza e valoriza grupos que vêm sendo silenciados há séculos na nossa história, como é o caso das mulheres negras.

*(...) é, agora um escalda-pés é uma coisa muito da minha avó, que foi fazer sentido depois na medicina chinesa, quando eu fui estudar, porque a minha avó sempre falava de que o pé tinha que ficar quente, né, pé de mulher não pode estar frio. (Mayara, obstetriz)*

O toque como não procedimento sistematizado que acolhe em lugar de invadir o corpo se constrói como uma artesanaria não homogeneizante. Para tocar e acolher, é preciso estar em sintonia com o que esperam as mulheres, respeitar o corpo, seus fluidos e desenhos corporais. O que é artesanaria não é procedimento; é um feito que carrega consigo o desejo do apoio às mulheres. A artesanaria carrega consigo “[...] múltiplos significados culturais, históricos, de movimentos e associações, refletindo conhecimento e práticas geradas a partir de experiência de lutas” (SANTOS, 2018a, p. 71).

*(...) quando eu vejo a pessoa tentando se agarrar em algum lugar, eu vou lá e ofereço como ser o apoio ou algum lugar. Quando eu vejo a pessoa colocando a mão em algum canto do corpo, eu vou lá e vejo se um tipo de toque que eu ofereço faz algum conforto (...). Então, são toques também muito pensados. (Mariane, obstetriz)*

O toque que é massagem de apoio e acolhimento é a experiência que resgata um movimento histórico de mulheres cuidando de outras mulheres, a própria noção de ancestralidade das práticas. Pode ser também dança, quando se buscam conexões de aproximação e vínculos afetivos com as mulheres que são cuidadas:

*Tá, era uma consulta de final de terceiro trimestre, ela estava com 37 semanas, e fisioterapeuta, pouco comunicativa, muito ansiosa, muito ansiosa, não era com o parto em si, mas eu acho que com a gestação, um companheiro que estava sempre muito comunicativo, então ele sempre conversava muito mais na consulta do que ela, e aí conversa vai, conversa vem, a gente já tinha feito várias consultas, ela já sabia que eu gostava de dançar, ela falou “Andreza, eu estou fazendo esses exercícios mas eu sinto tal parte do meu corpo que eu sinto que eu tenho mais dor”. Eu perguntei “como que é essa dor, onde que é essa dor”, e ela não conseguia me falar. Eu falei “Ah, então vamos dançar, e aí vamos tentar descobrir onde que é”, e a gente dançou uma música, o marido dançou junto também, e ela falou que, enfim, a dor que ela sentia era às vezes à noite, quando ela estava dormindo determinadas posições, isso tudo pra gente achar a bendita da dor, né. Mas foi uma dança para poder descobrir, durante a dança ela não sentiu nenhuma dor, mas eu acho que era aquilo também que ela precisava, assim, um pouco de “eu tenho autonomia no meu corpo, eu tenho liberdade para fazer o que eu quero, eu não preciso de alguém falando para mim o que eu tenho que fazer todo tempo”. Talvez pela formação dela, de ser fisioterapeuta, ela achava que tinha que estar dentro daquele bloquinho ali dos exercícios diários e não se soltar e não deixar o corpo fluir assim. (Andreza, obstetriz)*

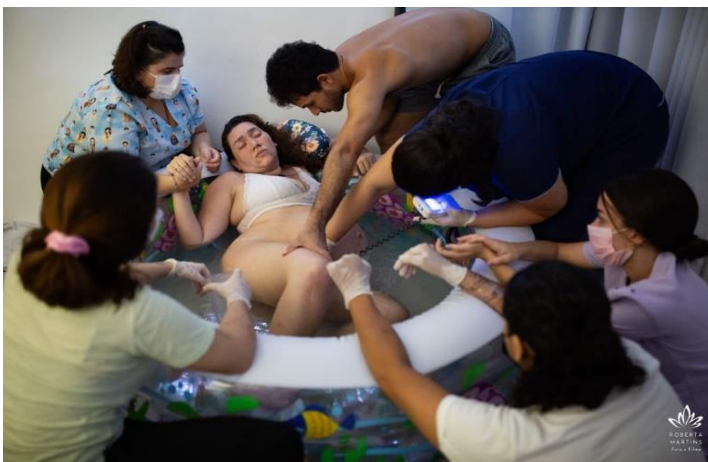
As documentações históricas acerca do parto trazem cenas de mulheres que se abraçam, se apoiam e convergem em um círculo de parturição. As mais frequentes já foram descritas por antropólogas como Sheila Kitzinger (2000). As mãos que se dão durante o ato de cuidar no parir são um dos toques mais presentes nas cenas ancestrais de parto.

*Ah, eu acho que vai muito na parte da massagem ou da pressão ali na parte pélvica mesmo, parte óssea principalmente e água (...). E as mulheres que precisam do toque e na percepção do que está fazendo sentido ali para ela, o que ela gosta e o que ela não gosta, né... que muitas vezes não vai ser verbal, mas vai ser pela cara dela, quando você coloca a mão nela de um jeito de outro, alivia ou não alivia. (Thais, obstetriz)*





**Figura 37.** Foto compartilhada na rede social Instagram do grupo das obstetras Maoni.



**Figura 38.** O círculo formado em torno da mulher ao parir.<sup>98</sup>

Na perspectiva das ciências sociais (DAVIS-FLOYD, 2001; KITZINGER, 2000), o parto como um evento não sistemático e complexo vai além dos limites da noção cartesiana da ciência moderna, muito embora a obstetrícia do século XX tenha tentado fazer suas medições de pelve e controle de tempo (DINIZ, 1996; HOTIMSKY, 2008).

As medições de tempo relacionadas ao evento do parto são uma ânsia pertinente do que a antropóloga Davis-Floyd (2001) chama de “cultura tecnocrática de parto”. Há relatos de que nascimentos em outras culturas e a mudança de ritmos, pausas e quietudes são admissíveis, ao contrário do que vimos feito em culturas tecnocráticas, nas quais há delimitações rígidas sobre os tempos de início, meio e fim

<sup>98</sup> Arquivo da obstetriz Juliana Mesquita.

do trabalho de parto, registradas em gráficos. O parto é controlado pela variável tempo.

*Eu acho que isso é uma coisa que, para quem é a parteira, se não tem paciência, muda de profissão. Tem que ter né, o discernimento de que as coisas estão acontecendo talvez na velocidade que precisa ser, e não na velocidade que a gente gostaria que fosse. (Thais, obstetrix)*

*Não, porque para nós, o passar da hora é assim: a mulher está no trabalho de parto, e a criança não dilatou, o útero não abriu, não dilatou para ela nascer, esse aqui é a experiência de uma parteira passar de hora, mas esse negócio está lá, a mulher está sentindo dor, “Ah, está passando, o doutor disse que ia passar de hora, tem que levar para o hospital, tem que fazer indução”. Eu creio que não. (Tabita, parteira tradicional)*

Sobre isso, é importante recordar que as primeiras análises de dilatação *versus* tempo ocorreram nos anos 1950, com Friedman<sup>99</sup>, quando ele estudou cerca de 100 parturientes e considerou os tempos clássicos de definição do trabalho de parto como sendo a latente inicial – do início até 2-3 cm – e a ativa, a partir de 3 cm, quando a dilatação ocorreria 1 cm por hora (FRIEDMAN, 1954). Mais tarde, na década de 1970, Philpott e Castle (1972) acrescentariam as linhas de alerta e ação para definir uma evolução normal do trabalho de parto.

Atualmente, há uma tendência questionadora a respeito da utilização de gráficos (dilatação *versus* hora) para a avaliação da evolução do trabalho de parto e a tomada de decisões na obstetrícia clínica. Para Walsh (2010), a avaliação de uma compreensão linear da dilatação é questionável, e a obstetrícia carece de mais estudos que possam trazer outras opções de acompanhamento do parto em vez do partograma.

Em 2018, A OMS publicou o “Guia para uma experiência positiva de parto” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018) que ressalta a importância de não considerar o tempo de dilatação cervical mais lento como um parâmetro para intervenções com o objetivo de acelerar o parto. O guia apoia uma tendência mais flexível na análise da duração do trabalho de parto e do ritmo das contrações uterinas.

---

<sup>99</sup> Primeiro obstetra a descrever o progresso do trabalho de parto, após seu estudo da dilatação cervical de 100 primigestas africanas a termo submetidas a exames retais frequentes, e seu progresso foi registrado em centímetros de dilatação por hora. Mais uma razão para sustentar a ideia de que estudos racistas podem gerar mais violência para as mulheres.

*E a gente tentando acalmar, e tinha doula também, tentando acalmar e fazendo práticas. Pensando aonde estava esse bebê, fizemos uma porção de exercícios e não sei o quê. E eu tinha vindo de uma experiência, que até era uma amiga, que não tinha rolado assim muita interferência familiar. E a gente tentou de tudo e precisou transferir, né... experiência ruim no hospital, enfim. E aí eu acho que eu saí uma hora, a gente falou: "Não dá. Tem muita gente aqui, precisamos dar uma liberada nesse espaço assim. Alguma coisa precisa mudar". Então a gente conversou com eles, eles pediram para as avós irem para casa, e a gente morava muito perto. As contrações tinham espaçado, assim, e a gente falou: "A gente vai para casa, e na hora que vocês chamarem a gente volta". Ficou só a doula. E ela lá, com as contrações espaçadas, teoricamente era para descansar. Acho que a gente chegou em casa, bebeu uma água, e ela ligou assim. A doula ligou, tipo "ah!". E a gente ouviu no fundo já [um grito]. Meu Deus do céu! Saí correndo, a Rô foi de carro, eu fui de carro também, mas a Rose conseguiu entrar de carro no condomínio. Eu saí correndo pelo condomínio [risos]. (Thaís, obstetrix)*

Muitos relatos de parteiras têm mostrado como as dinâmicas de tempo versus contrações uterinas estão mediadas por diversos fatores que não só aqueles de ordem fisiológica, impossíveis de caber dentro dos padrões de normalidade dos gráficos de partograma. Todas as entrevistadas nesta pesquisa concordam sobre a dinâmica complexa sobre o tempo de cada mulher e cada bebê no parto.

*Eu vou... Eu vou fazer um puxadinho de um que não, não é... Não é lindo assim à primeira vista, é... Eu tinha acompanhado já o parto anterior dessa família que foi um parto dentro, relativamente rápido, para uma primi, é... Começou com uma bolsa rota, depois entrou em TP e tal, nasceu, e daí eu fui atender o segundo parto deles também e... E ela teve uma noite de pródromos que pareciam um TP de fato, principalmente como alguém com parto normal anterior. Fui correndo [risos] para atender, e... Passamos algumas horas lá e, olha, assim... e bebê desceu e rodou... desceu, rodou, ficou posteriorzão. **E parou, deitou, dormiu e ficou assim mais alguns dias.** E... e depois, na vez que entrou em trabalho de parto de fato né, ali com, que nasceu mesmo, é... veio um bebê posteriorzão mesmo. (Mariane, obstetrix)*

Atualmente, outros parâmetros são observados por parteiras durante o trabalho de parto, como aqueles que se relacionam com as expressões das mulheres, seus gritos, gemidos, postura e respiração. São considerados sinais que demonstram a evolução do TP de forma mais flexível que o próprio uso do partograma (BURVILL, 2002).

*(...) mas o toque eu uso quando eu acho que eu vou procurar alguma coisa que o toque vai me ajudar a responder, então, ah... eu acho que o bebê está defletido, vou conferir mesmo se o bebê está numa direita posterior que parece que está, é... será que é um assinclitismo que está rolando aqui? Então, é... são esses os parâmetros, assim, que “ah, essa contração, esse bebê nesse lugar, com essa contração, com esse foco que não muda há muito tempo ou de descida ou dilatação” de alguma coisa que faria lógica para fisiologia, aí eu vou lá e ofereço. E geralmente a oferta, ela vai explicada, “olha, eu estou pensando em fazer um toque por conta dessa situação aqui que eu estou vendo”, e dependendo do que ela me der, se for de fato isso que eu estou imaginando, porque geralmente eu vou com uma hipótese, né? (Mariane, obstetriz)*

As curvas de Zhang et al (2010) são uma proposta cada vez mais aceita para o acompanhamento da evolução do trabalho de parto. Seu estudo contemplou mais de 60 mil parturientes que tiveram parto espontâneo no hospital e trouxe resultados bem diferentes daquele de Friedman, ampliando o tempo de dilatação em determinados períodos da dilatação.

**Pesquisadora:** *Quando a senhora costuma chegar assim no parto, a primeira coisa que a senhora faz, quando a senhora chega no lugar onde está a mulher ali com dor, o que que a senhora costuma fazer primeiro?*

**Dona Joana:** *É... o que eu costumo fazer primeiro é observar primeiro, como ela está né, a observação. Como ela está se sentindo, se ela está muito agoniada, eu fico olhando para ela, né, “como é que tu tá?”. Faço várias perguntas, né, para ela, “está sangrando?”, “não” ou está, “está descendo algum líquido, tá descendo alguma água?” né, ou não ou tá, é isso as minhas observação, né, para ver como que ela está, ela está sangrando, se ela está descendo água né, mas porque, se ela estiver descendo água, muitas das vezes a bolsa tem rompido né, rompe primeiro né, a bolsa rompe primeiro, antes do bebê nascer, então é procurar saber dela como que tá acontecendo a situação dela, como é que ela está, se está, se está tudo bem, está, aí eu fico observando a prolongação, a duração de uma dor para outra né, de uma contração para outra. Porque na contração de uma para outra eu já estou sabendo se vai demorar ou se não vai, né, se eu estou vendo que ali custa, né... (Dona Joana, parteira tradicional)*

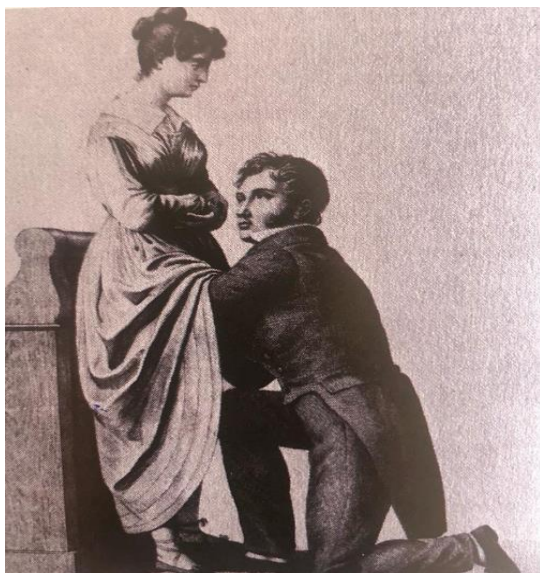
O estudo de Àvilla (2018) “Método não invasivo em obstetrícia (NIO): tecnologia para registro e avaliação da progressão do trabalho de parto” é uma brilhante pesquisa que tem respaldo na ideia de que o parto pode ser observado por diversos sinais, sem a rigidez de um gráfico com somente duas variáveis, tempo e dilatação. Nas palavras da autora do estudo:

No que diz respeito à forma de avaliação da progressão do TP, podemos afirmar que, assim como o acompanhamento e registro da dilatação do colo uterino resulta em curvas internacionalmente conhecidas (curvas de Friedman e Zhang), o preenchimento do Método NIO, com o acompanhamento dos parâmetros comportamentais e fisiológicos (sinais externos e internos), registrados em linhas, a cada hora, também poderá produzir os mesmos efeitos, com a vantagem de não ser invasivo. Além disso, adaptamos as curvas de Zhang ao Método NIO, como parâmetro para definição de parto “fisiológico” ou “distócico”, onde o preenchimento da dilatação do colo uterino no gráfico, em conjunto com as curvas de Zhang, nos possibilita realizar um julgamento clínico da progressão do TP (ÁVILA, p. 84 2018).

Um estudo de revisão de ensaios clínicos randomizados, randomizados por cluster e quase randomizados envolveu uma comparação do uso de partogramas com nenhum partograma, ou comparação entre diferentes designs de partograma, utilizando a revisão da Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register (31 de agosto de 2017), a ClinicalTrials.gov, a Plataforma Internacional de Registro de Ensaios Clínicos da OMS e listas de referência de estudos recuperados. Foram incluídos 11 estudos, que envolviam 9.475 mulheres. Com base nessa revisão, não houve certeza sobre os efeitos do uso rotineiro do partograma como parte do manejo e do cuidado-padrão do trabalho de parto. São necessárias mais evidências de ensaios para estabelecer a eficácia do uso do partograma *per se* e seu desenho ideal (LAVENDER et al., 2018).

Na perspectiva tecnocrática do parto, em que predomina o modelo médico-centrado (DAVIS-FLOYD, 2001), o toque vaginal é uma prática que pode ser sentida pelas mulheres como um tipo de agressão ou ainda uma invasão do corpo e da intimidade. Diversos relatos de violência obstétrica estão relacionados ao procedimento do toque vaginal (ZORZAM, 2013; SENA, 2016). Hoje há muitas evidências que apontam para a realização desses toques de maneira oportuna e necessária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Geralmente, mesmo quando o exame de toque vaginal é realizado cuidadosamente, ele provoca grandes incômodos para a mulher e foi considerado a essência da obstetrícia do século XVII e XVIII. Inicialmente, os médicos deviam tocar suas pacientes em pé, desviando o olhar para que não vissem suas partes genitais.



**Figura 39.** Do livro “Redescobrimo o parto”.<sup>100</sup>

A prática do toque vaginal não é indispensável e está intimamente correlacionada à ideia de que o corpo das mulheres funciona como uma máquina que requer intervenções para medir seu “progresso” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Como procedimento doloroso e invasivo, a prática causa muitos constrangimentos às mulheres, mas pouquíssimos estudos trazem o relato dessa intervenção na perspectiva daquelas que o vivenciam. Suas narrativas não costumam ser validadas para a escolha das práticas na clínica médica, quando o corpo das mulheres sofre uma objetificação em consequência da sociedade patriarcal que vivemos (SHABOT, 2021).

Antes de debater sobre o consentimento dessas práticas, feministas defendem a ideia que precisamos repensar a aparente normalidade e invisibilidade da violência sexual presentes em situações como a do toque vaginal. Distinguir o que é ou não violento em termos de práticas de cuidado deveria passar pela interpretação das próprias mulheres que vivenciam o parto.

Por outro lado, no que se refere às parteiras tradicionais, o toque vaginal não é uma prática descrita por nenhuma das entrevistadas nesta pesquisa; o único elemento vital para elas é o toque com suas mãos. A mão da parteira sente a contração, sua força e intensidade. Não somente elas sentem a evolução do parto com as mãos, como também são a ponte para transmitir coragem e apoio às mulheres.

---

<sup>100</sup> Sheila Kitzinger (2000, p. 202).

A própria interpretação temporal de quando o parto começa é diferente na concepção das parteiras tradicionais:

**Pesquisadora:** *Mas não tem isso de “passar da hora” porque não começou a ter contração?*

**Tabita:** Não.

**Pesquisadora:** *Isso não?*

**Tabita:** Não.

**Pesquisadora:** *Porque começa a hora que...*

**Tabita:** *Sim... a hora que começa.*

(Diálogo entre a parteira tradicional Tabita e a pesquisadora)

É pelo toque que as parteiras sentem a *mãe do corpo* e sabem se ela está no lugar. Estudando diferentes grupos indígenas do Brasil, pesquisadoras têm entendido e interpretado a mãe do corpo como sendo o próprio útero e, mais do que isso, o lugar de uma força vital. Quando ela está fora do lugar, a mulher adocece, sente ansiedade e tristeza e tem desequilíbrios do trato reprodutor (FLEISCHER, 2007; BARROSO, 2001; SILVA et al., 2020; SCOPEL, 2014). Não há muitas concordâncias entre diferentes culturas indígenas sobre se homens também possuiriam a mãe do corpo (TASSINARI, 2021).

Em algumas culturas, a comunicação se dá principalmente por expressões corporais, como danças, abraços e movimentos rítmicos (KITZINGER, 2000). Nesta pesquisa, as parteiras tradicionais utilizam o toque não só no momento do parto, por meio das massagens, mas para sentir e “ajeitar” a mãe do corpo, que, para além de um órgão físico, é força que pulsa.

**Pesquisadora:** *E como que a senhora toca na pessoa e sabe que a mãe do corpo está fora do lugar?*

**Dona Sebastiana:** *É porque às vezes a mulher diz “ah, dói aqui, mas me dói aqui”, aí eu vou, já vou direitinho pegar aqui [aponta para o umbigo], quando ela não bate aqui embaixo do umbigo, ela está fora, ela está fora, ou para cá, ou para cá. Aí você vai procurar aonde ela estiver batendo forte, é ali que ela tá, tem que puxar.*

**Pesquisadora:** *Tem que puxar...*

**Dona Sebastiana:** *E aí ela tem que fazer um mingauzinho de caridade que nós chama né, isso... Você dá antes do teu café, você faz e toma, mas hora toma só seu café, aí vai colocando ela no lugar, vai colocando. Por que que ela tá fora. Porque ela está fraca.*

**Pesquisadora:** *Ah, entendi.*

**Dona Sebastiana:** *Ela é fraca...*

**Pesquisadora:** *E por que que às vezes ela fica fraca?*



**Dona Sebastiana:** *Ela fica fraca porque às vezes a mulher tem problema no útero, ela tem problema no útero, tem uma infecção...*

**Pesquisadora:** *Entendi.*

**Dona Sebastiana:** *Ela tem qualquer inflamação e ela não sossega lá, ela se sente ruim, ela fica procurando, procurando, procurando, até que vão chegar puxar ela para o lugar dela de novo. Aí toma um remédio, o chá da cibalena, da cibalena planta, o anador planta, ou a cibalena mesmo da farmácia. Pode tomar, aí puxa tudinho, aí pronto. Até a pessoa, até amarra com uma fraldazinha amarra ela aí, aí você vem e pega.*

**Pesquisadora:** *Demora às vezes?*

**Dona Sebastiana:** *Às vezes demora até três dias...*

Nesta pesquisa, as obstetrizas trazem outras funções do toque com as mãos no momento do parto. O toque que dá suporte emocional, inspira tranquilidade e permite que as emoções das mulheres possam fazer parte da vivência do parto:

*E a gente começou a usar na coxa dela, o ólinho [óleo de massagem], e os gritos de desespero passaram em alguns minutos... E, assim, foi muito gostoso de ver aquilo, né, aquela coisa, ela voltando, focando, sem falar nada, com um cheirinho ali. O relato dela não tem isso também, não tem essa parte, a gente visualizou por fora. Ela teve uma visão por dentro que era um medo de decepcionar esse segundo bebê e não ter tanto amor quanto a primeira, então um relato dela, vem com esse olhar, mas que foi uma quebra tão bacana, e de fato nasceu a bebê em OS<sup>101</sup> [risos]. (Mariane, obstetriz)*



**Figura 40.** Foto da rede social do Instagram das Parteiras Acaiás.

Pelos relatos das parteiras e obstetrizas, observamos que, na prática, o toque como conforto é um cuidado que pode ser de todos os envolvidos na cena do parto quando há respeito, empatia e acolhimento. Para ajudar uma mulher em trabalho de

<sup>101</sup> É uma variedade da posição cefálica. A occipito sacro é também conhecida como occipito posterior – o contrário da mais comum para o momento do nascimento, que é a OP – occipito pube.



parto é preciso estar disponível para o acolhimento com as mãos. As interações de olhar de empatia ou mesmo a voz, que respira junto das mulheres no momento de uma contração, podem ser uma prática de cuidado.

*Geralmente dá certo. Ela sente aquela dor de novo, “tu vai sentir aquela dor como se tu tivesse tendo outro bebê, não é, é a placenta”, eu explico tudinho, direitinho, passo a passo. Eu gosto, eu tô fazendo aqui, mas eu tô **conversando** com ela, eu quero que ela esteja lúcida, **me olhando**.* (Tabita, parteira tradicional)

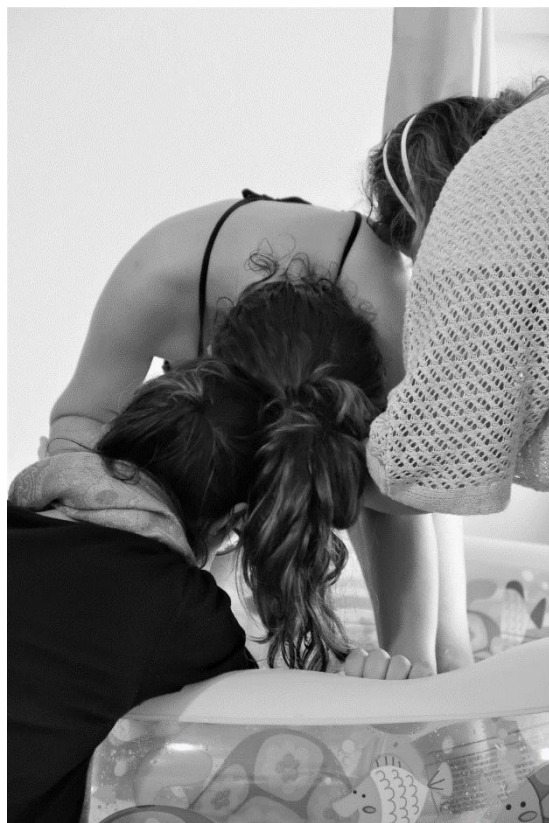
A observação silenciosa como a principal mediadora das práticas é um cuidado que exige presença. As obstetrizes e parteiras observam atentamente, por meio das atitudes emocionais e corporais das mulheres, do que elas podem precisar naquele momento.



**Figura 41.** A observação silenciosa de uma obstetriz.<sup>102</sup>

*(...) então, normalmente, assim... eu fico lá, essa é a equipe, eu e a outra parteira auscultando e **tentando perceber alguma demanda da pessoa**, que pode ser demanda de oferecer água, chá, oferecer comida. Mas geralmente de um jeito **silencioso** também, eu boto ali do lado, boto na frente para ser visível...* (Mariane, obstetriz)

<sup>102</sup> Arquivo da obstetriz Juliana Mesquita.



**Figura 42.** Acompanhamento de parto<sup>103</sup> domiciliar pelo grupo Parteiras La Mare, 2021.

Nessa cena de um parto que está próximo ao expulsivo, as duas parteiras estão simplesmente apoiando a mulher que vai parir. Não há palavras. Estamos todas em silêncio. Apenas o encontro de corpos reafirma o toque como amparo e conforto nas práticas de acolhimento de obstetrizes.

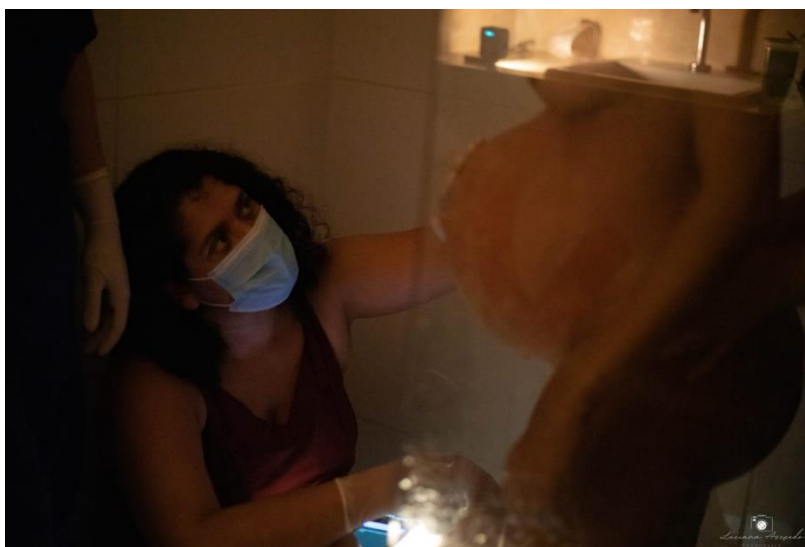
*Na hora em que ela está desesperada, ali naquele “não minha filha, se tranquiliza, segura a minha mão...” (...) é nesse momento né, que eu vejo, assim, que ela está em desespero, eu tento passar o máximo de tranquilidade para ela. (Tabita, parteira tradicional)*

*Olhares atentos* são práticas de cuidado que tornam possível o acolhimento, mesmo que uma parteira esteja distante. Talvez essa seja uma das práticas mais transgressoras no que diz respeito ao ato de cuidar das mulheres. O olhar pode transgredir qualquer palavra ameaçadora, em qualquer ambiente. Durante meus estágios no hospital, lembro que essa foi uma estratégia que usei para que as

---

<sup>103</sup> Arquivo próprio.

mulheres, mesmo ao ouvir palavras de violência como “Na hora de fazer foi bom, agora não grita” conseguissem se concentrar para continuar o momento do expulsivo. Meu combinado, antes de entrar na sala com elas, era que não ouvissem o que lhe diriam, mas procurasse manter o olhar com o meu. O olhar silencioso é uma forma encorajadora de dizer às mulheres que elas estão conseguindo.



**Figura 43.** O olhar atento de uma obstetritz.<sup>104</sup>

“A terceira caixa de ferramentas, a das tecnologias leves, é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; mediante processos micropolíticos de encontros que operam como acontecimentos e imprevisíveis a priori, por isso, essa terceira conformação das tecnologias leves é um ponto poroso da produção do cuidado, é onde o agir tecnológico se abre para um acontecer não tecnológico. É o único momento em que as tecnologias de cuidado estão suficientemente abertas para aconteceres micropolíticos que estão para além do campo das práticas de saúde. Por isso, é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico dos trabalhadores de saúde e sua abertura para a existência do outro em sua singularidade. Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões entre trabalhador e usuário. É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação com o “paciente” adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo em ato do médico, por exemplo, nesse momento (MERHY e FEUERWERKER, 2016, p. 64).

---

<sup>104</sup> Arquivo da obstetritz Juliana Mesquita.



**Figura 44.** Acompanhando uma família no parto domiciliar pelo grupo Parteiras La Mare.<sup>105</sup>

Como vemos na definição de Merhy e Feuerwerker (2016), não há tecnologia leve que possa se desenvolver sem o vínculo e a confiança entre aquele que cuida e o que é cuidado. Se uma parteira ou uma obstetrix não estiver realmente presente, seu olhar, ou mesmo seus toques de apoio, não pode acontecer de fato.

### 7.3.2 Subversão ao Patriarcado: Aprender no Próprio Corpo

O termo patriarcado foi utilizado pelos estudos de gênero para explicar como viviam as mulheres sob as bases de dominação masculina – embora existam diferentes perspectivas de análise – e tem sido criticado por algumas correntes feministas (HIRATA et al., 2009). Escolho o termo como possibilidade de entendimento para a narrativa dos modelos teóricos de inferiorização sobre os corpos das mulheres no evento da parturição, colocando-as em lugar de inferioridade com relação à narrativa masculina da história médica (DINIZ, 1996).

*Eu acho que, assim, é difícil dizer, assim, quem me ensinou a ser parteira, é difícil dizer. Porque, assim, você teve os estágios lá na faculdade, que, de certa forma, alguns é de um jeito, alguns de outro, né. Eu tive as minhas experiências de ter um parto domiciliar, e tive essa... essas vivências aí, que faz com que a gente consiga entender o parto de uma forma, de que você é só uma ferramenta. É difícil essa pergunta, nunca me perguntei isso não, nunca me perguntei, eu não consigo te*

---

<sup>105</sup> Arquivo próprio.

*responder essa pergunta, porque foi uma junção de muita coisa, sabe? Foram as minhas próprias experiências no meu corpo, foram as experiências que eu vivi em sala de parto na faculdade, foram os partos que eu pude acompanhar com as parteiras tradicionais. (Cléo, obstetrix)*

Mudanças profundas podem ser percebidas na vida de muitas mulheres depois do parto, tanto no que diz respeito a suas perspectivas com o corpo quanto em relação à própria maneira de se situar no mundo. O parto tem sido lugar de metamorfose para que mulheres descubram outras formas de se apropriar do corpo e de suas capacidades de afeto, prazer e saberes. Muitas se tornam parteiras a partir de suas experiências de parto (RODRIGUES, 2016).

O movimento de mulheres organizado no Brasil pelo fim da violência obstétrica também tem feito sua caminhada a partir da própria experiência de trauma e violência das mulheres (SENA, 2016). A conceituação do que é violência obstétrica, por exemplo, foi possível porque usuárias de saúde começaram a contar suas experiências de medo, dor, abandono, racismo e desrespeito, organizando uma denúncia coletiva à sociedade e ao Ministério Público e repercutindo uma série de articulações políticas dentro da academia e de órgãos políticos e judiciais que legitimavam a construção teórica desse conceito.

Na medida em que o conhecimento também é parte da vivência no próprio corpo, mulheres redescrevem um fenômeno naturalizado como doloroso, ruim, nojento e sujo, como muitas perspectivas colonizadas do parto no século XIX (DINIZ, 1996), tornando possíveis outros recursos epistemológicos para sua compreensão. A retomada da narrativa do parto pelas mulheres reconstrói outras interpretações e necessidades, como também observou a antropóloga Carneiro (2011), a partir do que relataram mulheres sobre suas trajetórias de parir.

Criar narrativas a partir da experiência com o próprio corpo também subverte a proposta do modelo explicativo da medicina do século XIX sobre a fisiologia das mulheres, quando as descrições ilustravam corpos femininos permanentemente em função da disputa entre cérebro e útero em todos os momentos da vida. A cirurgia de clitoridectomia (remoção do clitóris) na década de 1860, por exemplo, centrava-se na tentativa de controlar os “problemas” comportamentais das mulheres.

Na verdade, as teorias seguidas pelos médicos do final do século XIX ao início do século XX eram de que o estado normal da mulher era doentio. Não se tratava de uma observação empírica, mas de um fato fisiológico. A medicina tinha “descoberto” que as funções femininas eram patológicas por herança (EHRENREICH e ENGLISH, 2003, p. 124).

Com base nesse conceito de que as mulheres eram permanentemente doentes e afetadas por seus órgãos reprodutores, a obstetrícia se apoiou na ginecologia e manteve a narrativa de que o parto era, como todos os outros eventos na vida da mulher, um grande perigo fadado ao fracasso (DINIZ, 1996; MARTIN, 2006) A interpretação psicológica da histeria e outras síndromes de doenças femininas determinou que o cérebro, de fato, comandava, em relação aos órgãos reprodutores. Os especialistas do século XX aceitaram a inteligência das mulheres, mas não deixaram de impor o que uma mulher *deveria* fazer, como pôde ser observado nas últimas décadas<sup>106</sup> no Brasil, com a cultura da cesárea agendada, por exemplo.

Nesta pesquisa, a maioria das parteiras tradicionais pariu com sua mãe ou avós, que também eram parteiras. Um saber de ancestralidade que se manteve com a experiência no próprio corpo, quando elas também aprenderam a cuidar de outras mulheres, pela experiência de parir seus filhos.

**Dona Sebastiana:** *Eu tive 11, morreu um, ficou dez.*

**Pesquisadora:** *E eles nasceram todos aqui, ou precisou algum...*

**Dona Sebastiana:** *É, teve oito nasceram aqui, e os outros eu já tive no hospital.*

**Pesquisadora:** *E quem foi a sua parteira?*

**Dona Sebastiana:** *A minha parteira foi a minha avó.*

(Diálogo entre dona Sebastiana, parteira tradicional, e a pesquisadora)

**Pesquisadora:** *E todos nasceram em casa?*

**Dona Joana:** *Foram, só teve um que eu tive no hospital, só um. Dos nove, né, oito foram em casa.*

**Pesquisadora:** *Certo. E... quem foi a parteira da senhora, que ajudou...*

**Dona Joana:** *Desses, é a minha avó, né, que era mãe da minha mãe.*

(Diálogo entre dona Sebastiana, parteira tradicional, e a pesquisadora)

**Pesquisadora:** *É. Quantos filhos que a senhora tem?*

**Tabita:** *Eu tenho cinco.*

---

<sup>106</sup> “O estudo, o maior já realizado sobre parto e nascimento no Brasil, revela que a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos, sendo que, no setor privado, o valor é de 88%. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que somente 15% dos partos sejam realizados por meio desse procedimento cirúrgico.” Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. Matéria disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas#:~:text=O%20estudo%2C%20o%20maior%20j%C3%A1,por%20meio%20desse%20procedimento%20cir%C3%BArgico>>. Acesso em: 27 mar. 2023.

**Pesquisadora:** *Cinco. E os cinco, como é que nasceram?*

**Tabita:** *Eu tive três com a minha mãe em casa. Parto domiciliar, né, com a parteira tradicional, que é a minha mãe. E dois eu tive no hospital.*

(Diálogo entre dona Sebastiana, parteira tradicional, e a pesquisadora)

Através do próprio corpo, essas mulheres recebem cuidados de pessoas com quem estabelecem vínculos de confiança e afeto, encorajando-as a ser também parteiras. A noção de *técnica de corpo* do filósofo Mauss (2003), entendida como o modo com que as pessoas em diversos locais e épocas aprendem a utilizar seu corpo, também está no modo de aprendizagem em que mulheres cuidam de outras mulheres com o que aprendem no próprio ato de parir e ser cuidada. A parteira tradicional persiste na subversão em cuidar por meio de suas próprias experiências corporais. O aprendizado, nesse sentido, se constrói e se mantém na confiança e no prestígio das experiências corporais bem-sucedidas.

Sobre a própria obstetrícia, o autor afirma que são variadas as formas de parir com o corpo. O que é normal em uma determinada época, como parir deitada, para a medicina da obstetrícia moderna pode ser inaceitável – ele dá o exemplo da mãe de Buda, que teria parido em pé, segurando um galho de árvore (MAUSS, 2003). A técnica de cuidar no parto é parte desse processo em que a experiência vem do próprio corpo. Ao contrário do que a medicina moderna fez com o parto, as parteiras tradicionais conseguem construir suas técnicas baseadas na experiência de cuidar e parir.

Certamente, isso também continua a acontecer com as obstetrizes, para as quais as técnicas de como parir também fazem parte do que foi aprendido no próprio corpo:

*(...) foi um parto, assim, lindo, lindo, aí eu peguei ele pelos ombrinhos, assim, pelo bracinho dele, olhei ele assim para cima, ele olhou para mim e sorriu, ele não chorou (...) Coloquei ele para mamar, aí ficou mamando assim, e foi, assim, um processo assim, libertador, curativo, e foi, assim, muito perfeito, foi, foi maravilhoso. Foi sensacional. E aí eu comecei a acompanhar... (Cleo, obstetriz)*

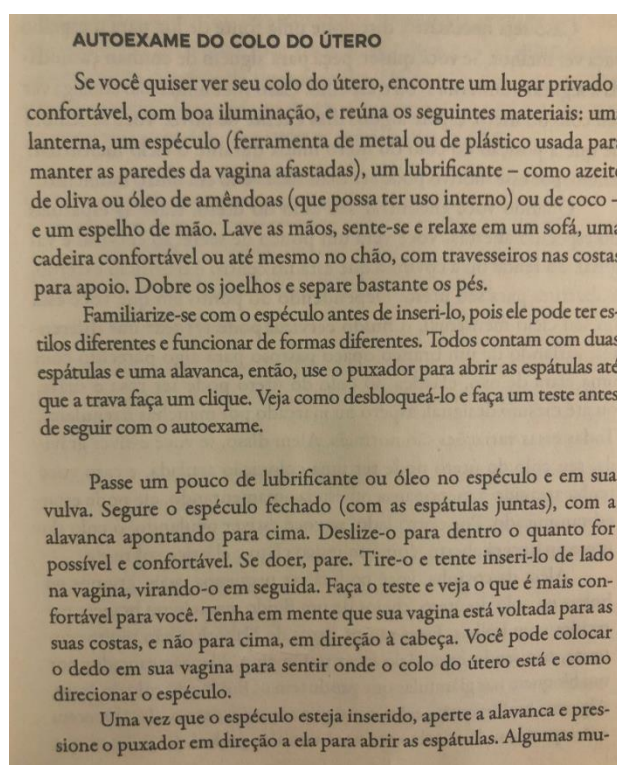
A experiência de ser cuidada também motivou Lilian a atuar como parteira domiciliar:

*(...) ela tem muita técnica, muito conhecimento, mas uma presença muito carinhosa, assim. Uma sensibilidade no olhar, assim, né. Eu acho que uma parteira boa, ela tem*



*isso, assim, né... ela tem um feeling<sup>107</sup>, que eu acho que é bacana. Então, eu acho que eu aprendi muito dessas, dessas coisas com ela, assim (...) eu aprendi muito, muito mesmo com ela.* (Lilian obstetrix)

Experiências atuais de coletivos de mulheres, como as do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (CFSS), redescrevem formas de cuidar a partir de uma leitura feminista das vivências do próprio corpo. O livro “Nossos corpos por nós mesmas” foi recentemente publicado em português e traz a noção de que um simples autoexame de colo do útero pode ser ensinado às mulheres como ferramenta de autoconhecimento e entendimento sobre seus ritmos e ciclos menstruais.



**Figura 45.** Sobre autoexame.<sup>108</sup>

A disputa de narrativas sobre parir certamente está marcada pelas construções de gênero, a depender do contexto histórico e social. O poder médico, a misoginia e o patriarcado ainda são elementos de uma sociedade que não valoriza a escolha e a autonomia das mulheres sobre seu próprio corpo. Se parteiras resistem na sua trajetória de oralidade ancestral, obstetrixes também podem aprender com seu próprio

<sup>107</sup> É uma palavra da língua inglesa utilizada no português para se referir à intuição. Na tradução para o português, significa sentimento.

<sup>108</sup> “Nossos corpos por nós mesmas”, do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (2021, p. 37).



corpo e vivência e com o cuidado que desenham corpo a corpo na assistência ao parto.

### **Subversões através das epistemologias do sul: aprendendo com obstetrizes e parteiras tradicionais**

As epistemologias do sul referem-se ao esforço duplo de, por um lado, promover uma desfamiliarização com as epistemologias do norte e, por outro, validar conhecimentos produzidos a partir das perspectivas daqueles e daquelas que sofreram e sofrem as injustiças e violências geradas pelo colonialismo, capitalismo e patriarcado e resistem contra elas (SANTOS, 2018a, p. 56).

O conceito das epistemologias do sul nos ajuda a pensar sobre a possibilidade de uma obstetrícia decolonial – ou, em outras palavras, uma obstetrícia que vai subverter a lógica da ciência obstétrica moderna, do século XX, ao reconhecer que as descrições enviesadas sobre corpos e experiências de parto refletem hoje na violência que vivenciam as mulheres nas dimensões da assistência ao parto.

Algumas reflexões são importantes sobre a definição desse conceito. Para o autor, há quatro principais ideias sustentadoras a respeito das epistemologias do sul: a primeira, de que a compreensão do mundo não se limita à compreensão eurocêntrica do mundo, o que valida o conceito de “diversidade epistêmica”.

A segunda, de que a compreensão do mundo depende das concepções que legitimam o poder em um determinado momento histórico. Essa lógica de sustentação das epistemologias do sul opõe-se à ideia da monocultura do tempo linear – ou seja, o entendimento de que haveria apenas um sentido único e linear para a história, um ou mais países centrais no sistema mundial que representam conhecimentos e instituições. Tudo o que estaria fora da lógica dessa linearidade que denomina o que é avançado, produz, portanto, a não existência. A lógica da classificação social está na monocultura da naturalização das diferenças, quando opera pela divisão da população em grupos que naturalizam as diferenças.

A relação de dominação é consequência dessa hierarquia e também da noção de inferioridade *versus* superioridade étnico-racial. Aqui é importante pontuar a relação do conhecimento da obstetrícia médica moderna com as outras que são pensadas a partir de formas diversas de ver o parto, como entre os diversos grupos

de parteiras tradicionais e mesmo entre as obstetrias, com o diálogo entre as práticas da MBE e aquelas de origem de parteiras tradicionais.

A própria história das parteiras tradicionais no Brasil está imersa nas estruturas racistas e sexistas que geraram a injustiça social no país, desde a época da colonização das Américas. O monopólio do conhecimento exercido em grande parte pela *ciência masculina branca* criou estruturas de que silenciam outras vozes do conhecimento e intitula aquelas como as mais adequadas, mantendo o controle da formação médica e em outras áreas da saúde, o que confirma o privilégio epistêmico (GROSFOGUEL e BERNARDINO-COSTA, 2016; MIGNOLO, 2008) da obstetrícia acadêmica.

Como terceira sustentação conceitual, Boaventura Santos (2018a) propõe o contrário da concepção da racionalidade eurocêntrica, que está alicerçada na ideia de contração do presente e expansão do futuro. Ou seja, o autor propõe a expansão do presente e a contração do futuro, uma outra possibilidade de espaço-tempo para conhecer e valorizar as múltiplas experiências sociais possíveis no mundo.

A expansão do presente seria possível por meio das sociologias das ausências. Ou seja, todo conhecimento que foi considerado impossível à luz das ciências seria possível de se tornar existente. A produção da não existência acontece quando determinada situação é desqualificada pela ciência moderna eurocêntrica. Um dos modos de produzir a não existência é pela monocultura do saber, quando tudo o que é produzido fora da lógica da ciência moderna seria inexistente; o que não é científico estaria, portanto, equivocado no crivo da ciência.

A ecologia dos saberes sinaliza a possibilidade de uma tradução intercultural, por meio da qual os conhecimentos dialogam entre si, o que permite a ampliação da diversidade do mundo, quando é possível valorizar tudo o que existe na expansão do presente.

Quando dona Joana conta sobre como espera a chamada dequitação (termo científico para designar a saída da placenta de dentro do útero materno, após o parto), é interessante observar o que seu conhecimento é mobilizado para compreender os tempos de cada mulher e o modo como cada uma pode preferir viver esse momento:

*A parte da placenta... Tem muitas mulheres que às vezes têm dentro da bacia, às vezes senta mesmo, embaixo mesmo né... levanta ela um pouquinho, senta um pouco da cama né, senta um pouco da cama, e aí têm delas que têm aí mesmo, e têm delas*

*não, têm delas que é acostumada, vai para bacia ficar melhor, né, dela dar um jeitinho para escapulir, né. Aí a gente que está aqui tem que ter muito cuidado, porque têm delas que muitas das vezes ninguém não pode puxar também, né. A gente tem que ajudar um pouquinho, puxando o cordão umbilical um pouquinho, para que vai dando de si, porque muita das vezes ela está “breiada”, né. Mas também não pode puxar com força, que tem outras coisas que engancham, né. Tem outras coisas que “breia” aquelas, aquela pelinha de sangue que fica “breiado”, e aquilo, se chegar a puxar e tirar, tudo aquilo fica dentro da mulher, infecciona, a mulher tem febre, a mulher passa mal, né. (Dona Joana, parteira tradicional)*

Ao contrário da descrição científica que padroniza o processo e o descreve a partir do que ocorre com o órgão, as parteiras tradicionais têm a narrativa de contá-lo a partir do que veem nos partos e do que sentem as mulheres. O protagonismo das parturientes nas experiências vivenciadas é a possibilidade da *expansão do presente* para a definição do “como acontece”.

A última lógica produtora de não existência é a lógica produtivista, que está na monocultura dos critérios de produtividade capitalista. Tudo o que é não produtivo, a partir dessa lógica, cria a não existência. A *sociologia das ausências* identifica tais experiências tidas como ausentes, invisibilizadas e silenciadas, tornando-as presentes, possíveis de expandir as possibilidades de experiências existentes.

A proposta de uma *ecologia dos saberes* procura, então, valorizar as pequenas experiências humanas, cujo significado está na capacidade de transformação. Posto isso, a lógica da monocultura do saber e do rigor científico deve ser questionada por meio do diálogo e debate com outros saberes, em que cada conhecimento é passível da noção de sua incompletude – da monocultura do saber científico, passamos então à ecologia dos saberes. Nesse ponto, é importante lembrar que a ecologia dos saberes entende a ciência racista e patriarcal como forma de opressão e é alvo da luta de parteiras tradicionais e obstetrizes.

Apesar de ser possível a interação e o diálogo entre a diversidade de conhecimentos, há desafios para o exercício dessa ecologia na prática. Um desdobramento problemático e violento é o chamado fascismo ecológico, quando, ao deparar com as assimetrias entre os saberes, um deles é silenciado ou declarado como inexistente. Dona Sebastiana explica como muitos médicos não respeitam a lei do direito das mulheres a ter uma parteira tradicional durante o parto, quando elas são impedidas de entrar nos centros obstétricos, sob o argumento de que não seriam parteiras tradicionais de verdade.

*Lá no hospital. Isso aí eu falei quando nós estávamos no curso de parteira, eu falei que, muitas vezes, a gente vai acompanhar uma paciente, eles não querem aceitar a gente como parteira. Eu até disse para elas lá, eu disse: “Olha, eu acho que nós devíamos ter ou uma carteirinha ou uma coisa, para comprovar, porque nós vamos só, né, com a presença, eles não acreditam”. Aí disseram que iam fazer né, iam fazer, quando estivesse tudo pronto! (Dona Sebastiana, parteira tradicional)*

Quando a lei foi criada, o objetivo era que as parteiras pudessem ter o reconhecimento dentro das instituições. Muitas vezes, os encontros de diferentes saberes e grupos podem criar outras formas de exclusão e violência ao invés de uma proposta de ecologia de saberes. Muitos estudos têm sido feitos sob essa perspectiva, quando há tentativas de inclusão formal das parteiras tradicionais nos sistemas de saúde e o resultado acaba sendo o apagamento de suas práticas e a coerção de sua autonomia.

Se tomarmos como exemplos os conhecimentos acerca da obstetrícia médica moderna como ciência produzida e aqueles tradicionais de parteiras negras e indígenas no Brasil, observamos a forma como um deles é silenciado, e o outro, identificado e reconhecido como forma legítima de cuidado.

O diálogo entre as diversas áreas do conhecimento é uma das vertentes do curso de Obstetrícia, para que a complexa experiência do parto possa ser compreendida e integrada para além das ciências biológicas. Articulam-se três dimensões: a reflexão sobre a realidade social e a construção de conhecimentos; o compromisso social com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com o cuidado integral em saúde, promovendo a saúde de pessoas, grupos e comunidade; e o comprometimento com as políticas de humanização do parto e do nascimento.<sup>109</sup> O curso de Obstetrícia, em diálogo com outros saberes, pode expandir o presente e dar visibilidade a outras experiências possíveis de cuidado.

*Então, esse conhecimento técnico é superimportante, mas também acho que seja uma formação, não dá para ser uma formação tecnicista, assim, né? Que só vá passar esse conhecimento teórico, evidências científicas e ser super assim, né, (...). Porque tem muito de relações humanas, tem a ver com sexualidade, tem a ver com relação de duas pessoas. (...) Uma mulher que está parindo e que vai encontrar um outro ser. Então você também precisa ter uma leitura disso. (Lilian, obstetrix)*

---

<sup>109</sup> Projeto Político Pedagógico do curso de obstetrícia, disponível no site da faculdade: <<http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/PPP-Obstetr%C3%ADcia-2017.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

A artesanaria é uma forma de produção não homogeneizante e não hegemônica da ciência que está associada ao capitalismo/colonialismo/patriarcado. Ela se constrói a partir de múltiplos significados culturais e históricos, reconhecendo os limites de cada saber e sua incompletude. Essa ideia remonta à capacidade de um cuidado simples, manual e com menor uso de tecnologia para também estar disponível às mulheres, como aqueles das parteiras tradicionais (SANTOS, 2018a).

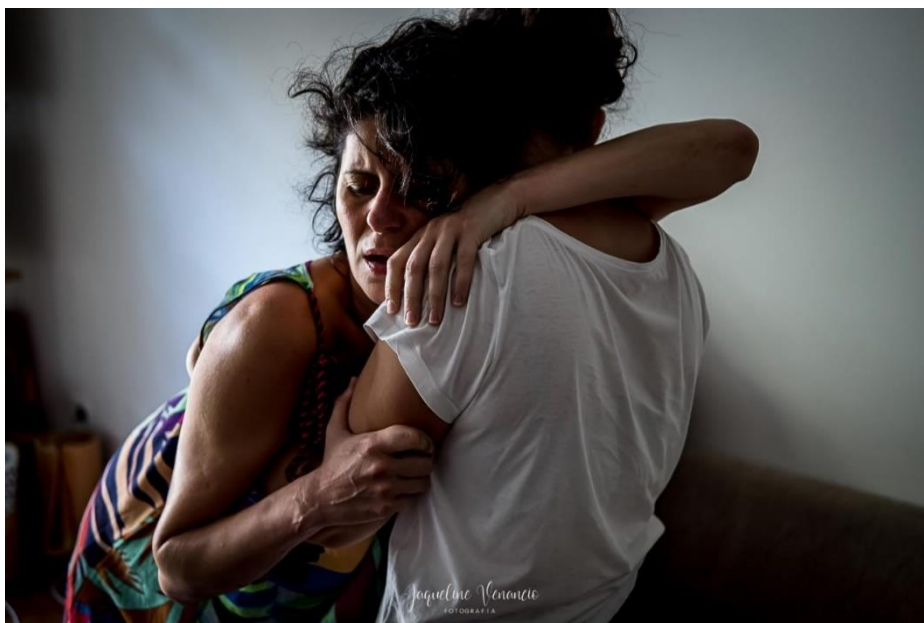
*Ela [a parteira] tem que ser muito humilde, ela tem que ser mesmo bem chegada com as pessoas, conversar com as pessoas, adomar, porque muitas das vezes tem pessoas que, quando estão sofrendo para ter bebê, só querem uma pessoa só, outra não quer não, porque parece que ela se sente né... aí, aí a gente tem que ter amor, bem amor mesmo, que ter muita paz com aquela pessoa para poder você conseguir (...)* (Dona Sebastiana, parteira tradicional)

As parteiras tradicionais realizam seu ofício com as mãos, quando pegam as barrigas e ajeitam os bebês dentro das mulheres: passam óleo, fazem *ajeitamento* – elas são artesãs. Essa artesanaria é construída em presença, olhares e silêncio. A parteira precisa estar disponível por inteira para esse cuidado. Calor, movimento e toque se unem em voltas e contornos do bebê que está cefálico, pélvico ou transverso. É preciso estar atenta e conectada, expandida no presente para um “cuidado em artesanaria”.

*Eu mando ela parar de fazer os trabalhos que ela está fazendo, senta, respira, que é para poder a pressão dela voltar ao normal... aí eu sento converso com ela, “o que que está acontecendo com esse rapaz aí, ou com essa moça?” (...) Então eu já começo a conversar “e aí moça, como é que está? Que que você está fazendo com a sua mãe?”. (Tabita, parteira tradicional, ao falar sobre a puxação de barriga)*

As próprias obstetrizes têm construído a prática de acompanhar o parto em contato corpo a corpo – mãos que abraçam na contração, corpos que se suam com outros corpos e encontram posições tão diferentes para ajudar a sustentar a mulher que está parindo e o bebê que está nascendo. Performances que destoam da tecnocracia, expandem o espaço, originam vínculos afetivos e dão tempo para que o processo seja vivenciado na sua dimensão emocional-coletiva. Suores e lágrimas são parte do que as parteiras e obstetrizes compartilham quando acompanham mulheres. Estamos no corpo a corpo para fazer ciência e cuidado.

*Eu acho que têm mulheres que vão precisar de um suporte físico muito grande, de se pendurar na gente, de agarrar a gente, de puxar alguma coisa. (Thais, obstetriz)*



**Figura 46.** Obstetriz Thais ao acompanhar um parto domiciliar.<sup>110</sup>

Uma das formas da *produção de inexistência* é a lógica de uma suposta escala dominante, ou seja, a escala que determina o nível de relevância. Na modernidade eurocêntrica, as duas principais escalas são a global e a universal, pela qual a não existência é produzida sob a forma de tudo que seria “local” e “particular”. Nesse sentido, olhar para o conhecimento de cada grupo social nos permite entender outros mundos e formas de praticar o cuidado.

As parteiras tradicionais de Maués têm saberes e práticas diferentes daquelas de Deus É Pai, e isso não é um problema – são experiências diversas que podem agregar outras perspectivas sobre o parto e seus tempos. Os contextos interculturais, como os das regiões do interior do Brasil em que atuam parteiras tradicionais, trazem consigo o encontro das diversas formas de saber e nos desafiam para o reconhecimento e a desconstrução da hierarquia do fazer ciência – fonte de produção de inexistências (SCHWEICKARDT et al., 2020).

Dona Joana, parteira tradicional de Deus É Pai, se apropria de outras fontes de conhecimento quando interage com profissionais da saúde e outras parteiras nos encontros do projeto de que participa, da ONG Mamirauá, criando e recriando um

<sup>110</sup> Arquivo cedido pela entrevistada.

*interconhecimento*. Para ela, parece mais fácil compreender o pluralismo epistemológico que contempla diversas visões sobre o corpo das mulheres: o que a ciência científica chama de útero ela chama de mãe do corpo. E constrói uma releitura do próprio conhecimento ancestral:

*A mãe do corpo que as pessoas chamavam e hoje a gente usa diferente (...) E a gente, o estudo ajuda muito a prática, aí a gente vai mudando, né, então a mãe do corpo é esse, a mulher acaba de ganhar o neném, aí fica aquela dor, dizem que a mãe do corpo que espalha e faz remédio e faz e ajunta e puxa né, porque você está certa, a gente usa isso, mesma coisa, a gente puxa mas, depois que a mulher ganha neném, a gente... a mulher fica deitada, e a gente ajunta, quer dizer, o útero vem né, que é a mãe do corpo que falava, ajunta que ela vai ficar ali, né, ela está inchada e está cheia de sangue tá tudo né, ela está grande, fica aquele nó parecendo que daí é uma criança né, aquilo ali, e aí muitas das vezes ele está cheia de sangue, a gente amassa um pouquinho aí, aquele desce aquelas postas de sangue, né, amassa mas tem que puxar daqui, porque se amassar entrando, a gente para cima desse osso, amassa um pouquinho.* (Dona Joana, parteira tradicional)

A oralidade dos povos originários é silenciada pela lógica hierárquica entre oralidade e escrita da ciência moderna. Essa é uma das razões para que, no processo de colonização, os povos originários indígenas fossem considerados primitivos, sem um passado preexistente. As parteiras aprendem ao ver e ouvir. O conhecimento é vivo e dinâmico, construindo-se a cada massagem, cada experiência corporal, cada puxada de barriga. Mas principalmente, ouvindo histórias de um saber oral.

**Dona Sebastiana:** *Por que que eu faço dessa maneira? E o olho do cacau, por quê? Porque nós temos uma tradição que nós não podemos perder elas. Ela é principal, porque o cacau, ela tem tipo um liquidozinho liso, e o cará também, você quebra o olho dele, você pode pegar que ele tem aquele líquido liso...*

**Pesquisadora:** *Sim, de dentro da onde, da semente?*

**Dona Sebastiana:** *Do talo. E aí a gente vai fazer o chá daquelas duas coisas, do cacau e do cará.*

**Pesquisadora:** *Entendi, e aí esse chazinho, ele ajuda como assim as mulheres?*

**Dona Sebastiana:** *Ajuda, ajuda ela, porque tem muitos partos que a mulher tem um parto seco, né, seco...*

**Pesquisadora:** *Ah entendi, quando não, não tem...*

**Dona Sebastiana:** *Não tem aquele líquido suficiente para a criança descer né...*

**Pesquisadora:** *Porque o líquido a senhora acha que faz o quê no trabalho de parto?*

**Dona Sebastiana:** *Ajuda, vem mais rápido.*

(Diálogo entre dona Sebastiana, parteira tradicional, e a pesquisadora)

**Pesquisadora:** *E as mulheres procuram em mais alguma situação, por exemplo, quando elas menstruam a primeira vez, tem isso ou não?*

**Tabita:** Sim, tem

**Pesquisadora:** Quando está parando de menstruar, às vezes...

**Tabita:** Sim, às vezes estão sangrando muito, elas querem, a gente faz remédio...

Faz, para... Às vezes têm delas que sangra muito, quando, vamos supor, é muito procurado quando a criança inteira 1 ano, que elas menstruam. Que têm muitas delas né, que só menstrua depois de um ano que a criança inteira, a maioria. Aí quando elas menstrua pela primeira vez, que sangra muito, elas vêm direto em casa.

**Pesquisadora:** E aí o que que você faz?

**Tabita:** Eu faço remédio, eu ensino, não eu mesmo falo, meu esposo gosta, eu mando ele tirar "meu filho eu quero casca tal, tal, tal" é na hora ele já traz!

**Pesquisadora:** Ele vai lá e busca?

**Tabita:** Porque ele já tem mania, se ele vai no mato, ele, aquela flor, aquela fruta, que eu gosto de fazer o remédio, ele traz.

**Pesquisadora:** Ele já sabe?

**Tabita:** Sim. Aí nunca mais ele andou, mas é difícil eu ficar sem a castanha-da-índia. É um tipo de fruta que dá no mato que ela é desse tamanho. Aquilo para hemorragia é um santo remédio.

**Pesquisadora:** É mesmo? Faz chá?

**Tabita:** A unha-da-anta também, eu não sei se eu ainda tenho aí, que até um dia desses eu tinha, eu levei para as meninas para mostrar. Eu guardo muito que também, a unha-da-anta macho, a gente queima ela, tira o pó, faz o chá para dar, junto. Também tem...

**Pesquisadora:** Depois se tiver, posso tirar foto?

**Tabita:** A paracuba também tem um pau, que a gente faz a rapa da paracuba, quando está sangrando muito, aquilo amarga muito.

**Pesquisadora:** Mas faz como? Faz chá?

**Tabita:** Bota na água. Aquela rapa, bota na água, e a pessoa toma. Também tem a andiroba.

(Diálogo entre Tabita, parteira tradicional, e a pesquisadora)

O conhecimento que resiste de parteiras tradicionais, a sabedoria sobre plantas e frutos amazônicos estão dentro de profundas histórias de cuidado que são guardadas pela memória de dona Sebastiana e outras parteiras. Cada elemento vivo da natureza participa da tessitura das histórias de parteiras que descobriram e continuam a cultivar seus lugares de cura na sua ancestralidade. A relação com a terra, as plantas e a comunidade também é uma proteção à biodiversidade amazônica e uma oportunidade de aprender sobre outros cuidados nas organizações ribeirinhas: sobre aprendermos o "fazer cuidado" a partir das epistemologias do sul.



## **Colonialismo estratégico como subversão: contribuição da MBE na prática das obstetrizes**

Como já discutimos até aqui, na origem da obstetrícia médica, a misoginia e o racismo foram grandes algozes que sustentaram visões danosas sobre o corpo das mulheres e o evento do parto. Nas últimas décadas, as obstetrizes no Brasil vêm garantindo que essas práticas patriarcais e racistas da obstetrícia moderna sejam desconstruídas, por meio do que vem sendo difundido pelo movimento da medicina baseada em evidências. Para entender melhor esse processo, é interessante retomar a história desse movimento e sua importância como um dos pilares da humanização do parto e nascimento no Brasil e também no mundo (DINIZ, 2005).

Há uma enorme polissemia em torno do termo *evidências em saúde*, que pode ser parte de um conhecimento hegemônico ou contra-hegemônico, na complexa disputa discursiva por legitimidade científica e política. A ciência branca, patriarcal e misógina da obstetrícia do século XIX entrou em crise na década de 1980, quando uma dissidência científica inventou a medicina baseada em evidências, entendendo a abordagem da saúde também como direitos (DINIZ, 2012).

Um dos inspiradores desse movimento foi Archie Cochrane, que afirmava que a maioria das ações em saúde não se baseava em nenhum estudo válido nem sobre efetividade, nem sobre segurança, e propôs uma reflexão profunda em cada campo de especialidade de saúde. Iain Chalmers, um dos fundadores da Unidade Nacional de Epidemiologia Perinatal, em Oxford, na Inglaterra, definiu sua epidemiologia centrada na mulher e, na década de 1980, publicou uma série de estudos controlados (DINIZ, 2012).

Na década de 1990, foi fundada uma organização internacional e independente para avaliar o conhecimento em todas as especialidades, que se chamou Colaboração Cochrane. Um conjunto intenso de revisões sistemáticas em saúde perinatal para profissionais de saúde foi lançado em 1996, sob o título “Guia para o cuidado efetivo na gravidez e no parto”, e divulgado pela OMS para todo o mundo (ENKIN et al., 2005).

A partir dessas evidências em saúde baseadas nos direitos em saúde e nos direitos humanos, muitos procedimentos da assistência perinatal foram rediscutidos, e ampliou-se a visão para interpretá-los também nas suas dimensões políticas e sociais, como foi o caso da episiotomia. Nesse cenário, o movimento de usuários de

saúde foi importante para a discussão de pautas feministas, por exemplo a discussão da episiotomia como um tipo de mutilação genital e a violência contra as mulheres no contexto da assistência ao parto (D'OLIVEIRA, DINIZ e SCRAIBER, 2002; DINIZ e CHACHAM, 2006).

A motivação política das organizações feministas em torno da saúde se utilizou das preconizações da MBE para respaldar a narrativa dos direitos reprodutivos das mulheres no que dizia respeito às práticas na atenção ao parto. Uma série de outros movimentos foram se desdobrando em torno da MBE, como o próprio movimento de usuárias de saúde e feministas pela legitimidade do termo violência obstétrica, tema já discutido anteriormente.

Ao mesmo tempo, vamos observando que o conceito do respeito à fisiologia do corpo e ao evento da parturição defendido pelos estudos baseados em evidência já estavam nos conhecimentos ancestrais das parteiras tradicionais. Não existe menção a episiotomia, uso de jejum, imobilização física, impedimento à privacidade, apressamento do parto nem separação dos bebês após o nascimento pelas parteiras tradicionais entrevistadas. De um modo geral, o que elas vêm ensinando é o apoio físico e emocional às mulheres, a liberdade de movimento, a preocupação com a alimentação das mulheres e o aguardo pelo momento do nascimento espontâneo. Longe de romantizar e homogeneizar as práticas das parteiras tradicionais, e sabendo-se de suas diferenças a depender dos locais onde vivem, essas práticas também estão sujeitas às interferências dos contextos sociais (FLEISCHER, 2011), como sugerem outros estudos.

Apesar de ser um movimento de origem europeu, a MBE é oportunamente utilizada como ferramenta política para a agenda de direitos das mulheres no parto (DINIZ, 2005) e contribui para a mudança do paradigma das práticas e a validação das mulheres, seus corpos e necessidades como o centro do cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2019). As obstetizas mostram nas suas narrativas que a MBE é uma ferramenta de confronto com a velha obstetrícia desatualizada, patriarcal e misógina, e também uma forma de subversão das práticas danosas e violentas:

*Então eu acho que é isso, quando você chegar lá no hospital, não dá para você debater com conhecimentos que não sejam por essa via de curso, de evidência científica, eu acho que a gente precisa saber disso, porque esse é o nosso campo, é*

*nesse lugar que a gente está, é nesse lugar de disputa que a gente está, entendeu?*  
(Mayara, obstetriz)

A sabedoria das obstetrizes é construída por meio do apoio emocional e do acolhimento contínuo, pelo uso das melhores práticas para atender às necessidades das mulheres como centro do cuidado (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2019). Além do diálogo com outras bases de conhecimentos, como já mencionamos a respeito de práticas de parteiras tradicionais e as PICS.

*A gente está em constante retomada de leitura, a gente procura sim, eu fiz também a formação com a Naoli, a gente ouve esses olhares bem particulares, singulares dela, mas a gente busca, sim, estar sempre atualizada, cientificamente falando né (...)*  
(Cleo, obstetriz)

*(...) então vamos para a parte mais técnica dos artigos, a parte mais de evidência, tem esse lado assim. Aí tem o outro lado, que esse lado é o lado mais técnico, mais de evidência e tal, o outro lado é o lado do dia a dia da experiência de conhecer pessoas, eu acho que a gente aprende na troca (...)* (Andreza, obstetriz)

*Então eu faço muito curso, que eu acho que une bem assim evidências científicas com leitura sociais, né, com contextos, assim, e conhecimentos outros.* (Lilian, obstetriz)

*Eu acho que, assim, a gente, como parteira profissional, a gente tem que ter... tem que oferecer um cuidado de excelência, é a nossa obrigação, e atualizado (...) então eu enxergo o nosso papel como parteiras também no sentido de colocar a melhor possibilidade para a mulher, e daí o que a mulher vai fazer, o que ela vai escolher, óbvio, né, fica a critério delas. Então eu vejo que essa é uma questão importante, e a outra questão eu acho que é a parte do acolhimento, assim.* (Thais, obstetriz)

A defesa dos direitos das mulheres e o uso de boas práticas baseadas em evidências se estruturam para uma mudança de paradigma da assistência obstétrica, que, infelizmente, ainda se alimenta de velhas teorias (patriarcais, machistas e racistas), como já discutimos. Ser obstetriz, nessa perspectiva, tem sido a experiência de ser ativista também por práticas baseadas em evidências, que conversam com os direitos das mulheres por uma assistência mais segura e respeitada.

*Eu acredito muito na formação de obstetrizes, eu acho que foi um curso feito de um jeito... Ele é muito bom, como qualquer curso de graduação, ele não vai fundamentar tudo o que você precisa para sua vida, mas isso é a base de qualquer curso, você vai ter que procurar recursos e tudo mais. É, ser parteira é ser ativista, não tem como*

*separar uma coisa da outra, porque a gente está falando de direitos de mulher, de questão de gênero, de coisas que são intensas da parteria (...)* (Mariane, obstetriz)

Em resumo, a subversão das obstetrizes está justamente em defender o parto com menos intervenções possíveis, como aquele mais seguro para mulheres com gravidez saudável, o acesso às informações de qualidade e a autonomia das mulheres para a tomada de decisões, assim como o reconhecimento e a valorização do conhecimento ancestral que as parteiras tradicionais continuam a pôr em prática.

Embora a MBE seja produzida por grupos privilegiados socialmente (a maioria de origem no Norte global), ela é uma estratégia das obstetrizes para uma mudança de assistência pelos direitos das mulheres em resposta ao cenário de violência obstétrica: o direito à integridade corporal, à diversidade, à igualdade e à autonomia. O diálogo entre práticas ancestrais e a MBE possibilita a desconstrução de conhecimentos danosos em sua origem – racistas e patriarcais –na medicina obstétrica do século XIX, como nos mostra o quadro abaixo.

**Quadro 1.** Diferenças entre as práticas de parteiras tradicionais e obstetrizes e aquelas não alicerçadas pela MBE, com base no material mais recente.

<b>Práticas ancestrais de parteiras tradicionais e obstetrizes</b>	<b>Práticas danosas e violentas na assistência em oposição à MBE</b>
Respeito à fisiologia do parto	Abuso de intervenções no parto
Apoio emocional e físico (palavras de apoio, chás e massagens)	Insultos, violência psicológica
Alívio não farmacológico para a dor	Restrição de recursos não farmacológicos para o alívio da dor
Contato pele a pele ao nascimento do bebê	Separação de mãe e bebê
Respeito ao direito de acompanhante no parto	Desrespeito à lei do direito ao acompanhante
Espera do início do TP espontâneo	Abuso de cesáreas sem indicação

Fonte: World Health Organization (2018)

## PARTE VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho não tem a intenção de ser conclusivo sobre a proposta de pensar a obstetrícia na perspectiva decolonial no contexto brasileiro, mas sugerir uma agenda política de ações estratégicas na área da obstetrícia. A pesquisa amplia a compreensão sobre parteiras tradicionais e obstetizas no cuidado das mulheres, que resistem e enfrentam todas as dificuldades impostas por um processo histórico de colonização e naturalização da violência em diversas dimensões da vida, como aquelas relativas a gênero, classe e aspectos étnico-raciais.

A visão eurocêntrica da ciência originada pelo Iluminismo europeu e pela ciência moderna resultou em um conhecimento que pode ser entendido, na perspectiva da decolonialidade, como um conhecimento hegemônico, misógino e racista, que tem a violência obstétrica, a mortalidade materna e o genocídio das mulheres negras como uma de suas piores consequências, no âmbito da saúde no contexto brasileiro.

Sentimentos presentes nas narrativas das entrevistadas envolvem resistência, afetividade e subversão, que suportam uma luta permanente por existência, reconhecimento e equidade no sistema de saúde brasileiro, embora, até hoje, parteiras tradicionais e obstetizas permaneçam em um constante conflito com outros atores sociais e órgãos de saúde para poderem atuar de forma respeitosa nas suas localidades.

No sentido mais ampliado sobre o que significa o *cuidado* realizado por parteiras tradicionais e obstetizas como práticas sociais e políticas, identificamos como elas exercem práticas que dialogam diretamente com os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres: direito à autonomia, à integridade corporal, à diversidade e à igualdade em seus territórios – dos grandes centros urbanos às comunidades ribeirinhas do interior da Amazônia.

O encontro dessas vozes de parteiras e obstetizas nos convida a pensar outras possibilidades de entendimento sobre o corpo, o tempo e a experiência de parir das mulheres, quando conhecimentos de povos originários (indígenas e africanos) de parteiras tradicionais ainda resistem à margem e são, na maioria das vezes, o

ambiente mais seguro e respeitoso para que mulheres estejam livres da violência dos hospitais.

Ampliar a compreensão da obstetrícia como ciência plural, estabelecendo diálogos de interconhecimentos por meio da MBE e dos saberes de parteiras tradicionais também pressupõe democratizar a compreensão do mundo e entender que ela pode ser mais do que a visão nortecêntrica do conhecimento. A obstetrícia de povos subalternizados pode nos ensinar mais sobre o respeito ao corpo, à vida e às experiências das mulheres, garantindo a justiça epistêmica na troca dos saberes ou aprender com as epistemologias do sul.

É possível que, ao ampliarmos a compreensão dessa ciência ocidental e do próprio mundo, sejamos capazes de experimentar uma outra noção de equidade na vida das mulheres, rompendo com as injustiças sistêmicas, as disparidades étnicas e raciais, que alimentam a mortalidade, a pobreza, a desigualdade social e o epistemicídio de culturas silenciadas pelo processo colonizatório dos países do sul global.

Abre-se uma urgente necessidade de se pensarem políticas públicas que garantam lugares de autonomia para obstetrizes e parteiras tradicionais no contexto da assistência ao parto no Brasil, facilitando o exercício de uma atuação que respeite os direitos das mulheres, garanta a normalidade do parto e mobilize o SUS para seu fortalecimento no âmbito da saúde de mulheres e bebês.

As dimensões de práticas nascidas de uma trajetória de *resistência*, *afetividade* e *subversão*, os três grandes eixos de análise desta pesquisa, promovem cuidados que desenham atitudes revolucionárias para uma saúde que garanta os direitos sexuais, reprodutivos e sociais daquelas que são cuidadas. Garantir uma reparação epistêmica nas políticas públicas pode contribuir para que parteiras tradicionais e obstetrizes atuem com autonomia e em conjunto com o sistema de saúde (se assim necessitarem) para agir em favor das mulheres, alocando médicos onde há necessidade, sempre em favor das mulheres, e não do mercado.

O primeiro eixo de análise, “Práticas como resistência”, nos mostrou como as parteiras tradicionais e obstetrizes se esforçam para dialogar com o Sistema Único de Saúde e resistem às dificuldades impostas pelas desigualdades sociais e iniquidades em saúde. As dimensões étnico-raciais e a ancestralidade atuam fortemente na construção do conhecimento e da prática que se mobilizam em favor das mulheres –

um cuidado que também envolve uma luta política nas esferas de gênero, raça e classe.

O seguinte eixo de análise, “Práticas como afetividade”, trouxe esta emoção como propulsora da construção d vínculo para o atravessamento das desigualdades sociais e para pensar em outras lógicas de pensamento para além da ciência moderna que define o corpo e o tempo das mulheres como inadequados no evento do parto. A afetividade nas práticas é uma política de enfrentamento à violência obstétrica e ao patriarcado e mobiliza um posicionamento pelos direitos das mulheres.

Finalmente, o eixo “Práticas como subversão” nos emociona sobre a capacidade de parteiras tradicionais e obstetrizes de transgredir a “normalidade” do que é proposto pela ciência moderna, possibilitando a construção de conhecimentos que nascem das experiências com o próprio corpo. A subversão é o diálogo com os conhecimentos de parteiras tradicionais e obstetrizes, que ousam por outras trajetórias de atuação e lutam para seguir com dignidade nesses diversos espaços – como é o caso das obstetrizes entrevistadas que dialogam entrea MBE e o uso de conhecimentos tradicionais.

O cuidado como ato político, para as obstetrizes e parteiras tradicionais participantes desta pesquisa, tem no núcleo originário de suas práticas a resistência, a subversão e a afetividade como propulsoras das lutas antirracistas, antipatriarcais e em defesa do SUS.

As práticas das obstetrizes baseadas em evidências científicas são estratégias para redescrever e rediscutir atividades que foram introduzidas a partir de uma visão misógina da medicina do século XX e ainda hoje sobrevivem na assistência, permeada pela desigualdade de gênero que persiste na sociedade e na formação médica. Apesar de sua origem eurocêntrica, o movimento da MBE pode ser uma das estratégias para validar o discurso a partir da pauta dos direitos das mulheres em saúde.

As lutas antirracistas são aquelas que se colocaram contra a medicina moderna baseada em teorias raciais biológicas infundadas, como discutimos neste trabalho, que se utilizaram de corpos de mulheres negras para treinamentos e experimentos. No entanto, a hierarquização racial se mantém como organização estrutural na saúde, revelando-se nas altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras, na violência obstétrica e nos cuidados inadequados no campo da assistência ao parto.

Uma política de saúde que defende o SUS prevê a proteção da saúde pública e o aumento do investimento financeiro e social no setor, propondo um mecanismo de controle do mercado em relação à saúde das populações. A promoção da equidade em saúde, orientada pelos princípios e diretrizes de integralidade, equidade, universalidade e participação social, supõe a melhoria das condições de vida, o respeito à identidade de gênero e à orientação sexual e redução das iniquidades de raça/cor, gênero. É inadmissível que um país tenha altas taxas de cesárea no setor privado por uma simples conveniência de mercado, que proíba a atuação de uma obstetrix ou enfermeira obstetra na atenção ao parto em ambiente hospitalar privado e mantenha o lobby médico responsável pelo retrocesso de políticas públicas que vêm promovendo a enfermeira e a obstetrix como profissionais capacitadas para a assistência ao parto normal de risco habitual, sem a presença de médicos.

Ao mesmo tempo, parteiras tradicionais aguardam por reconhecimento e estratégias de inserção digna nos serviços de saúde pública, mostrando-nos que, mais que lutar pela atenção ao parto, elas dialogam com a defesa dos direitos sociais das mulheres.

No que diz respeito à luta antipatriarcal, as políticas de saúde podem contribuir para que práticas na assistência ao parto sejam livres de coerção e violência contra as mulheres. Isso quer dizer um cuidado que garanta a integridade corporal, a autodeterminação e a autonomia das mulheres em suas escolhas, com acesso ilimitado às obstetrixes e parteiras tradicionais para a promoção de saúde, combatendo a mortalidade materna e a violência obstétrica e disponibilizando atenção médica quando necessário (dos grandes centros urbanos às comunidades ribeirinhas).

A compreensão dos resultados da pesquisa pode nos ajudar a construir uma obstetrícia a partir da afetividade, da resistência e da subversão para o enfrentamento das diversas formas de violência no contexto da saúde materna, que tem como alçozes o capitalismo, o racismo e o patriarcado. A partir das vozes ouvidas, uma agenda política para obstetrixes e parteiras tradicionais no contexto brasileiro é sugerida:

- Fortalecimento do SUS, garantindo a atuação de parteiras tradicionais e obstetrixes na atenção primária e nos hospitais/maternidades;



- Promoção de políticas que valorizem o trabalho de parteiras tradicionais e obstetrizes, com salários dignos;
- Garantia de autonomia e liderança a parteiras tradicionais e obstetrizes nos seus espaços de atuação;
- Restrição da atuação de médicos em razão do mercado, alocando profissionais médicos e não médicos de acordo com a necessidade em todos os níveis de assistência;
- Promoção de narrativas das feministas negras sobre o corpo e a vivência das mulheres;
- Ampliação do debate sobre racismo e misoginia na formação médica;
- Promoção da discussão sobre a MBE na formação médica como ferramenta que legitima os direitos das mulheres no parto;
- Promoção do direito à autonomia, à autodeterminação, à igualdade e à diversidade das mulheres nas práticas da assistência ao parto;
- Garantia de espaços de liderança para parteiras tradicionais e obstetrizes negras e indígenas;
- Incorporação de outras epistemes afrocentradas e garantia da interseccionalidade na academia, fomentando o tema da luta antirracista;
- Promoção da literatura feminista e antirracista na academia;
- Controle sobre o lobby médico no setor privado e a atuação com autonomia de obstetrizes nesses espaços;
- Valorização e expansão do modelo de casas de parto no SUS;
- Diálogo com as parteiras tradicionais e direcionamento de estratégias no SUS para que elas possam desenvolver seu trabalho com valorização e remuneração nas suas comunidades.

Com base nessas propostas, pretende-se sugerir alguns caminhos para que políticas públicas possam elaborar programas que estejam balizados nas lutas sociais pelo fim da violência étnico-racial e da violência obstétrica, fortalecendo o SUS nas suas dimensões de equidade, universalidade e integralidade, valorizando o conhecimento e garantindo a atuação de parteiras tradicionais e obstetrizes nos serviços de saúde.

## 9 REFERÊNCIAS

ADICHIE, C. N. **O perigo de uma história única**. Trad. J. ROMEU. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 398/2016. Perguntas e respostas**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/parto-adequado-1/faq-398.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2023.

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

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade, feminismos plurais**. São Paulo: Pólen, 2019.

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Jandaíra, 2020.

ASHLEY, R.; GOODARZI, B.; HORN, A. KLERK H.; KU, S. E.; MARCUS, J. K. et al. A call for critical midwifery studies: confronting systemic injustice in sexual, reproductive, maternal, and newborn care. **Birth: Issues in Perinatal Care**, [s.l.], v. 49, Issue 3, September 2022. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12661>>. Acesso em: 11 jan. 2023.

ASSIS, J. F. de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, [s.l.], n. 133, p. 547-65, 2018 Sep. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.159>>. Acesso em: 15 mar. 2023.

ÁVILA, S. R. **Método não invasivo em obstetrícia (NIO)**: tecnologia para registro e avaliação da progressão do trabalho de parto. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2018.

BARROSO, I. C. **Saberes e práticas das parteiras tradicionais do Amapá**: histórias e memórias. 2001. Dissertação (Mestrado em História) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalhe/214522>>. Acesso em: 12 jul. 2022.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOWSER, D; HILL, K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth report of a landscape analysis**. Boston, MA: Harvard School of Public Health University Research, 2010. (Report of a Landscape Analysis). Disponível em: <[https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC\\_Bowser\\_rep\\_2010.pdf](https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2023.

BRASIL. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, e dá outras Providências. Brasília, 1986. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=143707&filename=LegislacaoCitada%20PL%201317/2003](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=143707&filename=LegislacaoCitada%20PL%201317/2003)>. Acesso em: 23 maio 2023.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências. Brasília, 2010. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 jan. 2015a. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html)>. Acesso em: 13 maio 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, 2015b.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 26 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 992**, de 13 de maio de 2019. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2019. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html)>. Acesso em: 21 set. 2023.

BRIGIDI, S. Estratificación obstétrica interseccional. **Revista (Con)textos**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 93-113. 2022. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8393868>>. Acesso em: 23 jun. de 2022.

BRUM, E. **O banzeiro Òkòtó** – uma viagem ao centro do mundo. São Paulo: Cia das Letras, 2021.

BURVILL, S. Midwifery diagnosis of labour onset. **British Journal of Midwifery**, [s.l.], v. 10, n. 10, p.600-5, out. 2002.

CALVA, S. M. B. et al. **Autoetnografía**: una metodología cualitativa. Selección de textos. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes/ El Colegio de San Luis, 2019.

CARDOSO, J. E.; BARBOSA, R. H. S. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 35-52, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/VcigMWNmjt4GcrNyd6DqfnD/?lang=pt#>>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. Tese. (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011. Disponível em: <<https://bv.fapesp.br/pt/dissertacoes-teses/74882/cenas-de-parto-e-politicas-do-corpo-uma-etnografia-de-prati>>. Acesso em: 1 abr. 2023.

CASTRO, C. M.; NARCHI, N. Z.; LOPES, G. A.; MACEDO, C. M.; SOUZA, A. C.. Entre o ideal e o possível: experiências iniciais das obstetrias no Sistema Único de Saúde de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 312-323, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162237>>. Acesso em: 6 dez. 2022.

CASTRO-GÓMEZ, S. Decolonizar la universidad. La hybris del punto cero y el diálogo de saberes. In: CASTRO-GÓMEZ, S.; GROSGOQUEL, R. **El giro decolonial**: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar, 2007. Disponível em: <<http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libreria/147.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. GROSGOQUEL, R. Giro decolonial, teoría crítica y pensamiento heterárquico. In: CASTRO-GÓMEZ, S.; GROSGOQUEL, R. **El giro decolonial**: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar, 2007. Disponível em: <<http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libreria/147.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2023.

CASTRO, R., FRÍAS, S. M. Obstetric violence in Mexico: results from a 2016 national household survey. **Violence Against Women**, [s.l.], v. 26, n. 6-7, p. 555-572, 2019.

COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE (ed.). **Nossos corpos por nós mesmas**. São Paulo: Casa Literária, 2021.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p.147-177, 1996.

CURI, P. L.; RIBEIRO, M. T. de A.; MARRA, C. B. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 72, n. spe, p. 156-169, 2020. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672020000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 set. 2023.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [s.l.], v. 75, IssueS1, p. 5-23, 2001. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/S0020-7292%2801%2900510-0>>. Acesso em: 3 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. Daughter of time: the postmodern midwife (PARTE 1). **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 705-710, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VMZ8MJWsmXDrQ4KngzwmnfB/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 13 maio 2022.

DIAS, M. A. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1042-1043, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/22.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2023.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>>. Acesso em: 20 jun. 2023.

\_\_\_\_\_; CHACHAM, A. S. O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Pau. **Questões de Saúde Reprodutiva**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/307211773\\_O\\_corte\\_por\\_cima\\_e\\_o\\_corte\\_por\\_baixo\\_o\\_abuso\\_de\\_cesareas\\_e\\_episiotomias\\_em\\_Sao\\_PauloS](https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_PauloS)>. Acesso em: 23 jun. 2023.

\_\_\_\_\_. Evidências em saúde: o que são, o que podem ser, e de que tipo de evidências precisamos. In: PAIVA, V.; FRANÇA Jr., I.; KALICHMAN, A. (org.).

**Vulnerabilidade e direitos humanos:** prevenção e promoção da saúde. Livro IV - Planejar, fazer, avaliar. São Paulo: Juruá, 2012. v. 4, p. 49-51.

\_\_\_\_\_; SALGADO, H. O.; ANDREZZO, H. F. de A.; CARVALHO, P. G. C. de; CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. A.; NIY, D. Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 12 mar. 2023.

D'OLIVEIRA, A. F. P.; DINIZ, S. G.; SCRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**, London, v. 359, p. 1681-1685, 2002.

DOLZANE, R. S.; SCHWEICKARDT, J. C. Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <<https://www.tes.epsiv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/777/119>>. Acesso em: 14 jun. 2022.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Para seu próprio bem:** 150 anos de conselhos de especialistas para as mulheres. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Ventos, 2003.

\_\_\_\_\_. **Brujas, parteras y enfermeras:** una historia de sanadoras. New York: Glass Mountain Pamphlet, The Feminist Press, 1973.

EL KADRI, M. R.; SANTOS, B. S.; LIMA, R. T. S.; SCHWEICKARDT, J. C.; MARTINS, F. M. Unidade básica de saúde fluvial: um novo modelo da atenção básica para a Amazônia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 23: e180613, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180613>>. Acesso em: 23 jun. 2023.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto.** 3. Ed. Rio de JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2005.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa:** mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FERNANDES, J.; MOSER, L. Comunidades tradicionais: a formação sócio-histórica na Amazônia e o (não) lugar das comunidades ribeirinhas. **ESPAÇO TEMÁTICO: TERRA, TERRITÓRIO E AMÉRICA LATINA**, Florianópolis, v. 24, n.3, p. 532-541, set./dez. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/79717/47389>>. Acesso: 1 nov. 2022.



FLEISCHER, S. R. **Parteiras, buchudas e aperreios**: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/10246#:~:text=Essa%20tese%20trata%20da%20opr%C3%A1tica,modo%20de%20vida%20%E2%80%9Clocal%E2%80%9D>>. Acesso em: 21 dez. 2022.

\_\_\_\_\_. **Parteiras, buchudas e aperreios**: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará. Belém: Paka-Tatu/Edunisc, 2011. 351 pp. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/aa/547>>. Acesso em: 1 jul. 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 49. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014. 143p.

FRICKER, M. The interpersonal is political. In: KIDD, I.; MEDINA, J.; POHLHAUS, G. (ed.). **Routledge handbook of epistemic Injustice**. [s.l.]: Routledge, 2017. Disponível em: <[https://www.mirandafricker.com/uploads/1/3/6/2/136236203/evolving\\_concepts\\_of\\_epistemic\\_injustice.pdf](https://www.mirandafricker.com/uploads/1/3/6/2/136236203/evolving_concepts_of_epistemic_injustice.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2023.

FRIEDMAN, E. A. The graphic analysis of labor. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s.l.], v. 68, n. 6, p.1568-75, 1954.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. **Saúde Reprodutiva e Abortamento**, São Paulo, 2010. Disponível em: <[https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra\\_0.pdf](https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2021.

GAMA, A. S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e a cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/17.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em debate**, [s.l.], v. 42, spe 1, p. 81-99, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>.

\_\_\_\_\_; HORTA, B. L.; ESCOBAR, A. L.; SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M.; WELCH, J. R. et al. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, e00181318, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181318>.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. Rio Janeiro: Zahar, 2020.

GROSGOUEL, R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século

XVI. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 25-49, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/view/6078>>. Acesso em: 12 jun. 2022.

\_\_\_\_\_; BERNARDINO-COSTA, J. Decolonialidade e perspectiva negra. **Sociedade e Estado**, Brasília, v.31, n 1, p. 15-24, 2016.

GUALDA, D. Formação qualificada e o resgate da qualidade da assistência ao parto. In: GUALDA, D.; CAMPOS, E.; PRAÇA, N.; SALIM, N.; SOARES, G. **Nascimento**: perspectivas antropológicas. São Paulo: Editora Ícone, 2017.

GUIMARÃES, M. B.; NUNES, J. A.; VELLOSO, M.; BEZERRA, A.; SOUSA, I. M. de. As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 1, e190297, 2020. Acesso em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190297>>. Acesso em: 13 maio 2022.

GUSMAN, C. R.; RODRIGUES, D. A.; VILLELA, W. V. Paradoxos do programa de parteiras tradicionais no contexto das mulheres Krahô. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2627-2636, jul. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.09592017>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

HADDAD, S. E. M. T.; CECECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 5, p. 252-262, maio 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/tVcxRFzxs6mY84vY8g36RNK/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 21 set. 2023.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 5, p. 7-41, 1995. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773/1828>. Acesso em: 13 abr. 2021.

HIRATA, H.; LABORIE, F.; LE DOARÉ, H.; SENOTIER, D. **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia**: competência e cuidado na atenção ao parto. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/pt-br.php>. Acesso em janeiro de 2023.

\_\_\_\_\_. **As tipologias pélvicas no ensino da obstetrícia**: as articulações entre gênero, sexualidade e “raça” na produção de saberes médicos acerca da reprodução da espécie e suas repercussões na formação de uma elite profissional. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 8 - Corpo, Violência e Poder, Florianópolis, 25 a 28 ago. 2008.

HOOKS, B. **Ensinando a transgredir**: a educação como prática da liberdade. Trad. M. B. CIPOLLA. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013.



\_\_\_\_\_. Tudo sobre o amor: novas perspectivas. São Paulo: Editora Elefante, 2020.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE. **A saúde na Amazônia Legal** – Evolução recente e desafios em perspectiva comparada. Amazônia, 2020. Disponível em: <<https://amazonia2030.org.br/wp-content/uploads/2021/11/A-Saude-na-Amazonia-Legal.pdf>>. Acesso em: junho de 2022.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Essential competencies for midwifery practice** – 2019 UPDATE. [s.l.], p. 1-22, Oct. 2019. Disponível em: <[https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019\\_final\\_18-oct-5db\\_05248843e8.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db_05248843e8.pdf)>. Acesso em: 2 janeiro de 2023.

JAGGAR, A.; BORDO, S. **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1997.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. São Paulo: Cobogó, 2020. 249p.

KITZINGER, S. **Rediscovering birth**. New York: Pocket books, 2000.

LA CRUZ, F. **Parteiras, enfermeiras obstétricas e obstetrizes**: e a qualificação da atenção ao parto no Brasil desde o século XIX. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2023.

LANCETTI, A. Clínica Peripatética. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LAVENDER, T.; CUTHBERT, A.; SMYTH, R. D. M. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], v. 8, n. CD005461, 2018. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005461.pub5/full>>. Acesso em: 18 set. 2023.

LEAL, M. do C; PEREIRA, A.; DOMINGUES, R.; THEME FILHA, M.; DIAS M.; NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Suppl., p. 17-47, 2014.

\_\_\_\_\_; THEME-FILHA M.; MOURA, E.; CECATTI, J.; SANTOS, L. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 91-104, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>>. Acesso em: 12 jun. 2023.

\_\_\_\_\_; GAMA, S. G. N. da; PEREIRA, A. P. E.; PACHECO, V. E.; CARMO, C. N. do; SANTOS, R. V. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, Suppl. 1, e00078816, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>>. Acesso em: 11 maio 2022.

\_\_\_\_\_; SZWARCOWALD, C. L.; ALMEIDA, P. V. B.; AQUINO, E. M. L.; BARRETO, M. L.; BARROS, F. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-28, jun. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>>. Acesso em: 21 set. 2023.

LEESON, J.; GRAY, J. **Women and medicine**. [s.l.], Tavistock Publications, 1978 (Open library).

LEITE, T. H.; MARQUES, E. S.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; NUCCI, M. F.; PORTELLA, Y.; LEAL, M. do C. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 483-491, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/vWq9rQQg8B8GhcTb3xZ9Lsj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 mar. 2023.

MARTIN, E. **A mulher no corpo**: uma análise cultural da reprodução. Trad. J. BANDEIRA. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (org.). **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco, 2006.

MAUSS, M. As técnicas do corpo. In: **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5531196/mod\\_resource/content/1/Livro%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20compartilhada%20do%20cuidado%20volume%201.pdf#page=6](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5531196/mod_resource/content/1/Livro%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20compartilhada%20do%20cuidado%20volume%201.pdf#page=6)>. Acesso em: 18 set. 2023.

MIGNOLO, W. D. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. **Cadernos de Letras da UFF**, Niterói, RJ, n. 34, p. 287-324, 2008. Disponível em:

<[http://professor.ufop.br/sites/default/files/tatiana/files/desobediencia\\_epistemica\\_mignolo.pdf](http://professor.ufop.br/sites/default/files/tatiana/files/desobediencia_epistemica_mignolo.pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2023.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores de vigilância em saúde descritos segundo a variável raça/cor. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 48, n. 4, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher**. Brasília, 28 maio 2020. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/8736#:~:text=No%20Brasil%2C%20de%201996%20a,a%20uma%20cadeia%20de%20eventos>>. Acesso em: 20 jun. 2022

MOTT, M. L. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 7, n.01-02, 1999. Disponível em: <<http://educa.fcc.org.br/pdf/ref/v07n01-02/v07n01-02a03.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2021.

\_\_\_\_\_. Parteiras: o outro lado da profissão. **Revista Gênero**, Niterói, v.6, n.1, p.117-140, 2005. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31012/18101>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

OLIVEIRA, E. D. de. Filosofia da ancestralidade como filosofia africana: educação e cultura afro-brasileira. **Revista Sul-Americana de Filosofia e Educação**, Brasília, n. 18, p.28-47, maio-out./2012.

OYĒWÙMÍ, O. Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. African gender scholarship: concepts, methodologies and paradigms. **CODESRIA Gender Series**, Dacar, v 1, p. 1-8, 2004. Disponível em: <[https://filosofia-africana.weebly.com/uploads/1/3/2/1/13213792/oy%C3%A8r%C3%B3nk%C3%A9\\_o\\_y%C4%9Bw%C3%B9m%C3%AD\\_-\\_conceitualizando\\_o\\_g%C3%AAnero\\_os\\_fundamentos\\_euroc%C3%AAntrico\\_dos\\_conceitos\\_feministas\\_e\\_o\\_desafio\\_das\\_epistemologias\\_africanas.pdf](https://filosofia-africana.weebly.com/uploads/1/3/2/1/13213792/oy%C3%A8r%C3%B3nk%C3%A9_o_y%C4%9Bw%C3%B9m%C3%AD_-_conceitualizando_o_g%C3%AAnero_os_fundamentos_euroc%C3%AAntrico_dos_conceitos_feministas_e_o_desafio_das_epistemologias_africanas.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2022.

PATRIANI, L. Parteiras tradicionais da Amazônia querem o reconhecimento da profissão. **Revista Mongabay Brasil**, [s.l.], 26 jul. 2022. Disponha em: <<https://brasil.mongabay.com/2022/07/a-luta-das-parteiras-tradicionais-da-amazonia-pelo-reconhecimento-da-profissao/?amp=1>>. Acesso em: 26 out. 2022.

PERPÉTUO, I. H. O.; BESSA, G. H.; FONSECA, M.C. Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., Caxambu, MG, 1998. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP; 1998. p. 95-119. Disponível em:

<<https://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/839>>. Acesso em: jan. 2023

PHILPOTT, R. H.; CASTLE, W. M. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. II. The action line and treatment of abnormal labour. **Bjog: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [s.l.], v. 79, n. 7, p. 599-602, jul. 1972.

PORTELLA, M. de O. L. **Ciência e costume na assistência ao parto**. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/29485>>. Acesso em: 21 jan. 2023.

QUIJANO, A. Colonialidad y modernidad/racionalidad. **Perú Indígena**, [s.l.], v. 13, n. 29, p. 11-20, 1992. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6354075/mod\\_resource/content/1/QUIJANO\\_modernidade\\_colonialidade.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6354075/mod_resource/content/1/QUIJANO_modernidade_colonialidade.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2022.

REGIONAL OFFICE FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN OF THE UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Good practices in midwifery**: response to the COVID-19 pandemic in Latin America and the Caribbean, 2020-2021. [s.l.] UNFPA, 2022. Disponível em: <[https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/lowres\\_064vt042022\\_unfpa\\_lacro\\_buenaspracticasparteras\\_eng.pdf](https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/lowres_064vt042022_unfpa_lacro_buenaspracticasparteras_eng.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2023.

REIS, M. H.; PORTUGAL, J. K. A.; MARIÑO, J. M.; BARROS, W. S.; DANTAS, J. S.; SOUZA, T. T. G. et al. O impacto do advento de uma unidade básica de saúde fluvial na assistência aos povos ribeirinhos do Amazonas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v. Sup., n. 53, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e3631.2020>>. Acesso em: 2 maio 2022.

RIBEIRO, D. **Pequeno manual antirracista**. Editora: Schwarcz S.A. São Paulo, 2019.

RIESCO, M.; TSUNECHIRO, M. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 449-459, 2002.

\_\_\_\_\_.; TSUNECHIRO, M.; MOTT, M.; LEISTER, N. Do orgulho à resignação: educação e atuação profissional de obstetrias formadas pela Universidade de São Paulo. **Cadernos de História da Ciência**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 09-24, 2011.

RODRIGUES, D.; de MORAES JÚNIOR, M. R. A pentecostalização de povos tradicionais na Amazônia: aspectos conceituais para uma antropologia de identidades religiosas. **HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, [s.l.], v. 16, n. 50, p. 900-918, 31 ago. 2018.

RODRIGUES, L. O. **Parir é libertário**: etnografia de um grupo de apoio ao parto humanizado de Recife/PE. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

\_\_\_\_\_. A construção da diferença sexual na medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Supl. 2, p. S201-S212, 2003.

ROSADO, I. V. M.; FREITAS, G. A. F. As contradições do direito à saúde no capitalismo: apontamentos da realidade brasileira. **Revista SER Social**, Brasília, v. 22, n. 47, jul./dez. 2020.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, Fundação Perseu Abramo, 2015.

SALIM, N. R.; SOARES, G. C. F.; BRIGAGÃO, J. I. M.; GUALDA, D. R. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 4, p. 628-634, 2012.

SANTOS, B. de S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, ed. 79, v. 3, nov. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004>>. Acesso em: 1 maio 2023.

\_\_\_\_\_; MENESES, M. P. (Orgs.). Epistemologias do Sul. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, v. 13, p. 183-9, 2009. Disponível em: <[https://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Revista%20Lusofona%20Educacao\\_2009.pdf](https://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Revista%20Lusofona%20Educacao_2009.pdf)>. Acesso em: jul. 2022.

\_\_\_\_\_; MENESES, M. P. (Orgs.). Epistemologías del sur (Perspectivas). Madrid: Ed. Akal, 2014. Disponível em: <<https://redmovimientos.mx/wp-content/uploads/2020/08/Epistemolog%C3%ADas-del-Sur.pdf>>. Acesso: jul. de 2022.

\_\_\_\_\_. **Na oficina do sociólogo artesão**. Aulas 2011-2016. Seleção, revisão e edição M. P. MENESES, M. P.; C. PEIXOTO, C. São Paulo: Editora Cortez, 2018a.

\_\_\_\_\_. **Um discurso sobre as ciências**. Ed. Cortez, 2018b.

SANTOS, V. M. dos. Notas desobedientes: decolonialidade e a contribuição para a crítica feminista à ciência. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], n. 30, e200112, 2018.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/psoc/a/FZ3rGJJ7FX6mVvMHkD3PsnK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 mar. 2023.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEINFO. Nascer no município de São Paulo: um retrato dos partos não hospitalares. **Boletim CEINFO Análise**, [s.l.], ano XIV, n. 17, mai. 2019. Disponível em:

<[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/partos\\_nao\\_hospitalares.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/partos_nao_hospitalares.pdf)>. Acesso em: jan. 2023.

SCHEFFER, M. (coord.). **Demografia médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. Disponível em: <[https://spdm.org.br/wp-content/uploads/2020/12/www.fm\\_usp.br\\_fmusp\\_conteudo\\_DemografiaMedica2020\\_9DEZ.pdf](https://spdm.org.br/wp-content/uploads/2020/12/www.fm_usp.br_fmusp_conteudo_DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2023.

SCHWEICKARDT, J.; SOUSA, M. J. da S.; NASCIMENTO, A. C. S. DO; GOMES, M. D. M; MOARES, T. S. de. **Parteiras tradicionais**: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

SCOPEL, R. P. D. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto**: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/129172>>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SENA, L. M. **“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração”**: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SHABOT, S. C. Por que “normal” é tão ruim: violência e exames vaginais durante o trabalho de parto – uma fenomenologia (feminista). **Feminist Theory**, [s.l.], v. 22, n. 3, p. 443-463, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1464700120920764>>. Acesso em: 15 set. 2022.

SILVA, S. C.; DIAS-SCOPEL, R.; SCHWEICKARDT, J. Gestação e parto em uma comunidade rural amazônica: reflexões sobre o papel da parteira tradicional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 24, e190030, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.190030>>. Acesso em: 29 nov. 2022.

SOARES, G. **Caminhos e narrativas sobre a inserção profissional de obstetristas no Brasil**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SOUSA, T. M.; SCHWEICKART, J. C.; LIMA, R. T. S. A assistência ao parto por parteiras leigas: uma revisão integrativa. **Revista Saúde em Redes**, [s.l.], v. 8, n. sup1, 2022.

SOUZA, P.; CARVALHO, R. R. **Placenta**: segredos da árvore da vida. São Bernardo do Campo, SP: Editora Segredos da Placenta, 2019.

SPINK, M. J. P.; BRIGAGÃO, J. I. M.; NASCIMENTO, V. L. V. do; CORDEIRO, M. P. (org.). **A produção de informação na pesquisa social** – compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

STRAUS, S. E.; GLASZIOU, P.; RICHARDSON, W. S.; HAYNES, R. B. **Evidence-base medicine**: how to practice and teach EBM. 3rd ed. Edinburgh: Elsevier, 2005. 299p.



TASSINARI, A. A “mãe do corpo”: conhecimentos das mulheres Karipuna e Galibi-Marworno sobre gestação, parto e puerpério. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, Ano 27, n. 60, p. 95-126, maio/ago. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ha/a/9f7j9FN4wPDBkFPdgp84DZk/#ModalHowcite>>. Acesso em: 22 out. 2022.

TESSER, C. D; KNOBEL, R. ANDREZZO, H. F. de A.; DINIZ, S. G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>>. Acesso em: 13 jan. 2023.

TOBASÍA-HEGE, C.; PINART, M.; MADEIRA, S.; GUEDES, A.; REVEIZ, L.; VALDEZ-SANTIAGO, R. et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], n. 43, p. 1-14, 2019.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder**: o movimento de humanização do parto no Brasil. Tese (Doutorado em Antropologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VEGA, R. Traditional Mexican Midwifery Tourism Excludes Indigenous “Others” and Threatens Sustainability. **Tourism Geographies Journal**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.1-24, mar. 2020. Disponível em: DOI:[10.1080/14616688.2020.1733068](https://doi.org/10.1080/14616688.2020.1733068).

WALSH, Denis; DOWNE, Soo. Labour rhythms. In: **Essential midwifery practice**. Intrapartum care. West Sussex: Wiley-Blackwell, 2010.

WATSON, J. F. T. **Parições e partejares na história de Cavalcante-GO**: epistemicídio, monocultura do parto e justiça. Tese (Doutorado em Bioética) – Universidade de Brasília, Brasília, 2022. Disponível em: <[reprodutiva.http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/45778/1/2022\\_JulianaFlorianoTledoWatson.pdf](http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/45778/1/2022_JulianaFlorianoTledoWatson.pdf)>. Acesso em: 21 set. 2023.

WHITE RIBBON ALLIANCE FOR SAFE MOTHERHOOD. **Respectful maternity care**: the of childbearing women: the universal rights of childbearing women. Washington, DC: WRA, 2011. Disponível em: <[https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/WRA\\_RMC\\_Charter\\_FINAL.pdf](https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/WRA_RMC_Charter_FINAL.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth**: a practical guide. Maternal and newborn health/safe motherhood unit. Geneva: WHO, 1996.

\_\_\_\_\_. **General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine**. Geneva, 2000. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/66783>>. Acesso em: 21 set. 2023.

\_\_\_\_\_. **Midwives voices, midwives realities**. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Geneva, 2016. Disponível em:

<<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2022.

\_\_\_\_\_. **WHO recommendations:** intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva, 2018.

\_\_\_\_\_. **Maternal mortality** Genebra, 22 Feb. 2023. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>>. Acesso em 25 mar. 2023.

XAVIER, G. Ciência de mulheres negras: um experimento de insubmissão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. spe1, p. 51-59, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042021E104>>. Acesso em: 26 dez. 2022.

ZHANG, J. et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 116, n. 6, p.1281-1287, dez. 2010. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21099592/>>. Acesso em: 18 set. 2023.

ZORZAM, B. A. O; CAVALCANTI, P. **Direito das mulheres no parto:** conversando com profissionais da saúde e do direito. São Paulo: Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. **Informações e escolhas no parto:** perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da Saúde Suplementar. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-10112013-223016/pt-br.php>>. Acesso em: 25 jan. 2023.



**ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OBSTETRIZES****Roteiro de entrevista  
obstetiz****Nome:****Raça/etnia****Idade:****Renda mensal pessoal:****Qual é a renda da sua família? Está inserida em algum programa governamental?****Religião:****Tem filhos? Quantos? Como nasceram?****Escolaridade – Estudou até que ano? (Sabe ler e escrever?)****Local de trabalho:****Trabalha como autônoma ou em alguma instituição:**

- Como se tornou parteira?
- Com quem você aprendeu?
- Há quanto tempo você é parteira?
- Você tem algum registro do número de partos que você já acompanhou?
- Quando uma mulher te procura?
- Onde as mulheres fazem pré-natal aqui? É só com você ou elas também vão em outro lugar?
- Você trabalha sozinha ou tem alguma outra parteira que quando precisa vai contigo ou no seu lugar (se você não pode ajudar dois bebês nascendo juntos, por exemplo)?
- Tem algumas coisas que você pede para as mulheres/famílias providenciarem antes do parto para deixarem prontas para o momento do parto? O que você leva contigo?
- Quando você começa a cuidar das mulheres na gravidez, como é? Você vai até ela? Ela vai até você?
- Como você cuida das mulheres na gravidez? Elas fazem pré-natal só com você ou em algum outro lugar?
- O que você mais gosta dos cuidados do pré-natal?
- Me conta um pouco como são suas práticas, me conta algumas histórias de parto.

- Como é sua prática? Como você cuida das mulheres? Onde? Na sua casa? Na casa delas? Para o parto, a que horas você é chamada? Quais são as primeiras coisas que você faz quando começa a cuidar da mulher no parto?
- Me conta umas histórias de suas práticas desde o começo do parto até o fim do parto.
- E tem alguma técnica especial que você faz no parto pra ajudar as mulheres?
- Quando precisa ajudar o parto a começar? Quando precisa ajudar o bebê a virar? Quando precisa ajudar a aliviar a dor? Quando nasce a placenta? Depois do parto?
- Depois que o bebê nasce, o que você faz? O que você usa para pegar o bebê? E você coloca o bebê onde?
- Tem alguma prática para ajudar a nascer a placenta? O que você faz com a placenta?
- E depois do parto, você recomenda o quê para as mulheres? Que comida? Algum chá? Você leva contigo? Tem alguma coisa que você pede para as mulheres/famílias providenciarem para o dia do parto?
- Tem parto que complica? Me conta como você percebe que tem alguma complicação. Me conta umas histórias dessas que complicaram? O que você faz?
- Depois que termina o parto, você fica quanto tempo com a mulher?
- E você volta a vê-la depois? Quantas vezes? Como elas se comunicam contigo e te contam como elas estão passando?
- Do que você mais gosta nesse trabalho?
- O que você acha difícil nesse trabalho?
- Quando está grávida? E não grávida, procura? Para quê? (Questões de saúde das mulheres). Conta como são esses casos.
- O que você acha importante uma parteira saber pra ajudar as mulheres e os bebês em trabalho de parto?
- Onde ela pode buscar esses conhecimentos?
- Onde/com quem você busca aprender mais sobre parto e práticas de cuidados?
- Como funciona o pagamento pelos trabalhos que faz de parteira?
- Tem alguma coisa que você queira dizer que eu não perguntei?
- Qual conselho você daria para uma parteira?
- Neste ano de eleição, qual recado você daria em nome das obstetrias para o presidente que será eleito?

## ANEXO 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PARTEIRAS TRADICIONAIS

### Roteiro de entrevista

#### Parteira tradicional

**Nome:**

**Raça/etnia:**

**Estado civil:**

**Idade:**

**Renda mensal pessoal:**

**Qual é a renda da sua família? Está inserida em algum programa governamental?**

**Religião:**

**Tem filhos? Quantos? Como nasceram?**

**Quem foi sua parteira?**

**Escolaridade – Estudou até que ano? (Sabe ler e escrever?)**

**Local de trabalho:**

**Trabalha como autônoma ou em alguma instituição?**

**Quais serviços de saúde tem aqui na sua região? Tem serviço de pré-natal? Tem maternidade? Hospital? Público? Privado? A que distância da sua casa?**

**E você atende qual região? Qual foi o parto mais longe que você atendeu?**

Leitura do TCLE – explicar sobre a pesquisa, a entrevista filmada com fotografia e perguntar se aceita participar.

- Como se tornou parteira?
- Com quem você aprendeu?
- Há quanto tempo você é parteira?
- Você tem algum registro do número de partos que você já acompanhou?
- Quando uma mulher te procura?
- Onde as mulheres fazem pré-natal aqui? É só com você ou elas também vão em outro lugar?
- Você trabalha sozinha ou tem alguma outra parteira que quando precisa vai contigo ou no seu lugar (se você não pode ajudar dois bebês nascendo juntos, por exemplo)
- Quando você começa a cuidar das mulheres na gravidez, como é? Você vai até ela? Ela vai até você?
- Com que frequência você vê as mulheres durante a gravidez?
- Como você cuida das mulheres na gravidez? O que você observa? Quais são as coisas que você avalia? E o que você recomenda? Me conte uma história de um pré-natal que foi tranquilo do começo ao fim e um que teve alguns problemas.
- O que você mais gosta dos cuidados de pré-natal?

- O que você explica para elas sobre o parto durante a gestação? Que momento você explica que elas devem te chamar?
- Tem algumas coisas que você pede para as mulheres/famílias providenciarem antes do parto para deixarem prontas para o momento do parto?
- Vocês se comunicam pelo telefone? Zap?
- Geralmente elas te chamam quando tempo antes do nascimento?
- Na sua opinião, como é o processo de parto? Quanto tempo leva? E o que vai acontecendo, desde quando começam as primeiras contrações?
- O que você leva contigo quando vai atender um parto?
- Como é sua prática? Como você cuida das mulheres? Onde? Na sua casa? Na casa delas? Quais são as primeiras coisas que você faz quando começa a cuidar da mulher no parto?
- Quem você deixa ficar no cômodo que está sendo o parto? Mãe, maridos. Irmãs?
- Me conta umas histórias de suas práticas de partos que foram tranquilos, desde o começo do parto até o fim do parto.
- E tem algum ritual que você faz? E alguma técnica especial que você faz no parto pra ajudar as mulheres?
- E como é quando você vê que corou e que já está vendo a cabecinha? O que você fala para a mulher? Faz alguma coisa?
- Depois que o bebê nasce, o que você faz?
- O que você usa para pegar o bebê? E você coloca o bebê onde?
- Tem alguma prática para ajudar a nascer a placenta? O que você faz com a placenta?
- E depois do parto, você recomenda o quê para as mulheres? Que comida? Algum chá? Você leva contigo? Tem alguma coisa que você pede para as mulheres/famílias providenciarem para depois do parto?
- Depois que termina o parto, você fica quanto tempo com a mulher?
- E você volta a vê-la depois? Quantas vezes? Como elas se comunicam contigo e te contam como elas estão passando?
- Tem parto que complica? Me conta como você percebe que tem alguma complicação. Me conta umas histórias dessas que complicaram. O que você faz?
- Quando precisa ajudar o parto a começar? Quando precisa ajudar o bebê a virar?
- Você já teve caso que precisou ir para o hospital? (Se fizer sentido e tiver hospital na região) como foi? Você foi junto?
- Do que você mais gosta neste trabalho?
- O que você acha difícil neste trabalho?
- As mulheres te procuram para outras questões que não seja a gravidez? quais? (Questões de saúde das mulheres). Conta como são esses casos.
- O que você faz nestes casos?
- O que você acha importante uma parteira saber pra ajudar as mulheres e os bebês em trabalho de parto?
- Onde ela pode buscar esses conhecimentos?
- Onde/com quem você busca aprender mais sobre parto e práticas de cuidados?
- Como funciona o pagamento pelos trabalhos que faz de parteira? E das consultas?

**Se ela não tiver falado e achar que é importante perguntar no final, perguntar: “Nas coisas que eu já li sobre parteiras tradicionais, tem algumas práticas específicas que eu queria te perguntar”**

- Você tem alguma massagem pra ajudar o bebê a ficar na posição boa pra nascer?
- Puxar a barriga é uma prática que você tem quando cuida das mulheres? Como ela é feita?
- Tem algum tipo de cuidado que você faz pra mãe do corpo? O que seria a mãe do corpo?
- E a posição das mulheres? Tem posições que você oferece pra ela ficar no parto pra ajudar o bebê a nascer ou pra ajudar a aliviar a dor?
- Você tem algum óleo especial que você faz pra passar na mulher e ajudar o bebê a nascer? Como você faz?
- Você costuma cantar no parto? Tem alguma música que você canta no parto pra ajudar a mulher a parir e o bebê a nascer? Você pode cantar pra mim?
- Você aprendeu alguma reza que ajuda no parto? Você pode contar como ela é?
- E simpatias? Você faz alguma pra quando a mulher precisa em algum momento do parto? Ou no pós-parto? Você pode contar?
- E sobre o uso de ervas? Você usa? Tem algum chá que você costuma dar para as mulheres em trabalho de parto? E serve pra quê?
- No pós-parto tem algum chá também? E serve para quê?
- Tem alguma comida que você faz para as mulheres no trabalho de parto? E depois que elas dão à luz? Como você faz?
- Você costuma usar banho de assento para ajudar em alguma coisa no parto e no pós-parto?
- Tem algum tipo de compressa ou emplastro que você faz pra ajudar a mulher? Como é que você faz?
- Você usa alguma garrafada para ajudar a mulher no parto e no pós-parto? Do que elas são feitas?
- Tem alguma coisa que você queira dizer que eu não perguntei?
- Se você pudesse dar um recado para o presidente do Brasil sobre o que vocês, parteiras tradicionais, precisam, o que você diria?
- Qual conselho você daria para uma parteira?

## **ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA OBSTETRIZES E PARTEIRAS TRADICIONAIS**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A senhora está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa: *“Saberes e Práticas: conversas entre parteiras tradicionais e obstetrizes no Brasil.* Esse trabalho se destina a pensar como é possível a mudança de práticas danosas na assistência ao parto, favorecendo que ela ocorra de maneira mais íntima, amorosa e respeitosa, através da conversa com outros saberes sobre o parto, em especial com parteiras tradicionais e obstetrizes que trabalham em contextos em que têm autonomia para suas práticas de cuidados.

Queremos descrever e compreender sobre os saberes e as práticas que se conversam entre parteiras tradicionais e as novas obstetrizes no Brasil, no cuidado às mulheres durante o trabalho de parto, ou seja, práticas de cuidados, como por exemplo, conversas, massagens, toques, manobras, entre outras. Para isso, iremos buscar parteiras tradicionais e obstetrizes, em diversos lugares no Brasil, onde atuam e prestam cuidado com as mulheres para dar à luz, de forma autônoma, para realizar entrevistas, ouvindo suas histórias e, também, se possível, fazendo observações de seus cuidados prestados às mulheres.

Entendemos que para todo conteúdo das histórias contido nessas entrevistas e, também nas observações de campo (de seus trabalhos com as mulheres e famílias), teremos a garantia de sigilo e identidades anônimas. Se você quiser desistir antes, durante ou depois da entrevista sobre sua participação, essa decisão será respeitada. Portanto, a senhora será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e em qualquer momento da pesquisa e é livre para recusar-se a

participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

Serão feitas perguntas para saber sobre a sua experiência e você poderá falar abertamente o que desejar. Os riscos em participar desta pesquisa se relacionam às informações e ao conteúdo compartilhado durante a entrevista que podem gerar algum desconforto no momento de sua participação. A senhora poderá se sentir à vontade para compartilhar esse desconforto com a pesquisadora que estará disponível para interromper a entrevista ou algum relato com o qual não se sentiu confortável em compartilhar durante a gravação. Todas as informações coletadas nesse estudo são estritamente confidenciais, somente os responsáveis pelo estudo terão acesso aos dados.

A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de qualquer benefício, você possui garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa que absorverá qualquer gasto relacionado, garantindo assim não oneração de serviços de saúde. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com respeito e seguirá padrões profissionais de sigilo, assegurando e garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados pessoais dos participantes de pesquisa. Seu nome, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A senhora não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma **via** assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido será arquivada nos arquivos de documentos da pesquisa e outra será fornecida à senhora. O estudo poderá ser interrompido mediante aprovação prévia do CEP quanto à interrupção ou quando for necessário, para que seja salvaguardado o participante da pesquisa.

## DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar.

A pesquisadora \_\_\_\_\_ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente os(as) pesquisadores(as) terão acesso. Também sei que caso existam gastos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar o(a) pesquisador(a) \_\_\_\_\_ no telefone \_\_\_\_\_.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo também poderá ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h telefone, (11) 3061-7779, e-mail: [coep@fsp.usp.br](mailto:coep@fsp.usp.br), que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Assinei duas vias deste termo de consentimento livre e esclarecido, o qual também foi assinado pelo(a) pesquisador (a) que me fez o convite e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Uma **via** deste documento, devidamente assinada, foi deixada comigo. Declaro que concordo em participar desse estudo.

Assinatura do Participante		Nome	Data
Pesquisador			
Pesquisador	Data		Assinatura do



## ANEXO 4 – COMPLEMENTO DE TCLE PARA OBSTETRIZES

### Complemento do TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

São Paulo, 27 de março de 2023.

Estimada participante da pesquisa “Caminhos para pensar uma obstetrícia decolonial”,

Você fez parte da minha pesquisa de doutorado, através de entrevista gravada sobre sua atuação como obstetriz, e gostaria de agradecer sua participação, reafirmando a importância de sua representatividade nesse trabalho.

Nesse momento, estou no final das análises e gostaria de saber se posso identificar você com seu próprio nome e também com uma foto de sua preferência. Se tiver fotos de sua assistência ao parto que já tenham sido autorizadas para divulgação, fique à vontade para enviá-las também.

- **Se você autoriza a sua identificação e publicação das fotos na tese, por favor, assine aqui:** \_\_\_\_\_.
- **No caso de você não querer ser identificada e também não querer disponibilizar fotos de sua assistência ao parto, por favor, assine aqui:**  
\_\_\_\_\_.

Agradeço profundamente,

Bianca Zorzam

## ANEXO 5 – CARTA DE APRESENTAÇÃO DE UMA OBSTETRIZ PARA HOSPITAL PRIVADO



**OBSTETRIZ**

### CARTA DE APRESENTAÇÃO – ENF. OBSTETRA /

São Paulo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ao  
Hospital Sepaco

Eu(nome por extenso),

\_\_\_\_\_


RG nº \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, declaro para os  
devidos fins que apresento o (a) Enf. Obstetra / Obstetriz  
COREN

\_\_\_\_\_, que deverá atuar neste hospital como parte de minha equipe  
sem nada que o (a) desabone profissionalmente, até o momento.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_

Assinatura do médico responsável pela equipe. Rua Vergueiro, 4210 - Vila Mariana  
- CEP: 04102-002 - São Paulo - Tel.: (011) 2182 4444 - Site: [www.sepaco.org.br](http://www.sepaco.org.br)

**ANEXO 6 – FOLHA DE CADASTRO DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS PARA A ASSOCIAÇÃO ALGODÃO ROXO**

ASSOCIAÇÃO DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS  
DO ESTADO DO AMAZONAS

# ALGODÃO ROXO

FICHA CADASTRO DE ASSOCIAÇÃO

FOTO  
2=3x4

NUMERO DE INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

NOME DO PAI: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

LOCAL DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

LOCAL DE ATUAÇÃO: \_\_\_\_\_

COMUNIDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura

