**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB**
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO - PPG**
**DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO - DEDC/CAMPUS I**
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E CONTEMPORANEIDADE**

**MARY LÚCIA SOUTO GALVÃO**

# EDUCAÇÃO, SAÚDE E MEMÓRIA: NARRATIVAS E SABERES DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS NO TERRITÓRIO DO CABULA

**SALVADOR**
**2020**

**MARY LÚCIA SOUTO GALVÃO**

# EDUCAÇÃO, SAÚDE E MEMÓRIA: NARRATIVAS E SABERES DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS NO TERRITÓRIO DO CABULA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade da Universidade do Estado da Bahia (PPGEduC/UNEB), no âmbito da Linha de pesquisa (LPq) 3 – Educação, Gestão e Desenvolvimento Local Sustentável,como requisito para obtenção do título de Doutora em Educação e Contemporaneidade.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Francisca de Paula S. Silva

Co-orientadora: Prof.ª Dr.ª Ticiana Osvald Ramos

**SALVADOR**
**2020**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha Catalográfica elaborada pelo CDI / UNEB
Bibliotecária: Hildete Santos Costa– CRB 737/5

**G182** Galvão , Mary Lúcia Souto
**Educação Saúde e Memória:** Narrativas e Saberes das Parteiras Tradicionais no Território do Cabula/ Mary Lúcia Souto Galvão – Salvador, 2020
230 f.: il.

Orientadora: Profª. Drª. Francisca de Paula Santos da Silva-
Tese (Doutorado)Universidade do Estado da Bahia
Departamento de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade.

1. Parteiras Tradicionais 2. Colonialidade do Saber. 3.Educação em Saúde. 4 Modelos de Assistência ao Parto. 5 .Resistencia Cultural I T..

**CDD 301**

Autorizo a reprodução parcial ou total dessa tese para fins acadêmicos, desde que seja citada a fonte.

# FOLHA DE APROVAÇÃO

## EDUCAÇÃO, SAÚDE E MEMÓRIA: NARRATIVAS E SABERES DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS NO TERRITÓRIO DO CABULA

## MARY LUCIA SOUTO GALVÃO

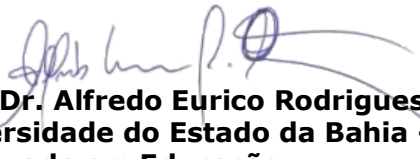
**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade – PPGEduC, em 29 de dezembro de 2020, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:**

**Profa. Dra. Francisca de Paula Santos da Silva**
**Universidade do Estado da Bahia - UNEB**
**Doutorado em Educação**
**Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil**

**Profa. Dra. Ticiana Osvald Ramos**
**Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB**
**Doutorado em Sociologia**
**Universidade de Brasília, UnB, Brasil**

**Profa. Dra. Isa Maria Nunes**
**Universidade Federal da Bahia - UFBA**
**Doutorado em Enfermagem**
**Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Brasil**

**Profa. Dra. Janice de Sena Nicolin**
**Associação Artistico Cultural Odeart - ODEART**
**Doutorado em Educação e Contemporaneidade**
**Universidade do Estado da Bahia, UNEB, Brasil**



**Prof. Dr. Alfredo Eurico Rodrigues Matta**
**Universidade do Estado da Bahia - UNEB**
**Doutorado em Educação**
**Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil**

**Prof. Dr. Elizeu Clementino de Souza**
**Universidade do Estado da Bahia - UNEB**
**Doutorado em Educação**
**Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil**

Dedico este trabalho a minha mãe, Bisa e à meu pai, João (*in memoriam):*

Que me presentearam com uma infância feliz e me encantaram com a chegada dos irmãos, trazidos a cada visita da cegonha, que deixava em nosso lar, alegria e esperança, aromas e sabores, impregnando os quintais, onde pulávamos e corríamos entre tamarineiros, mangueiras e goiabeiras que representavam o espaço de cuidado.

## AGRADECIMENTOS

A gratidão me parece um gesto de reconhecimento afetivo àqueles que resistem comigo. Posso garantir, sem nenhum talvez, que não teria escrito este texto, se não tivesse construído laços sólidos de amizade durante a minha experiencia de vida e formação, em especial, a partir de 1992, quando conheci Ângela Gehrke,que me iniciou no campo da parteria.. Desde, então, resistir coletivamente tornou-se uma constante, tanto que, nos últimos meses deste difícil 2020, ao longo desta escrita as palavras que mais ouvi foram: "estou aqui, precisa de quê? "quer que eu leia seu texto?" "você está bem? eu vou aí" e vieram. Me cabe, portanto, recorrer ao Tratado da Gratidão de Tomás de Aquino quando ele nos ensina a "dar graças a alguém por aquilo que esse alguém fez por nós" e nos sentirmos "vinculados e comprometidos com essas pessoas" e expressarmos o mais profundo de todos os agradecimentos: Obrigada, significa precisamente isso mesmo: fico obrigada, vinculada perante vocês e comprometida com a nossa resistência.

Agradeço as guardiãs das narrativas, por compartilharem suas histórias de parto e os saberes das parteiras tradicionais que lhe cuidaram, e as parteiras que vieram antes de mim.

Aos mediadores das guardiãs:Val da Mata Escura e Antônio Jorge das Barreiras.

As mulheres paridas, com quem tive a honra de aprender a grandiosidade do cuidado e a fecundidade do campo feminino.

A Ângela Gherk (*in memoriam*), pelo exemplo de ética do cuidado e por me abrir as fronteiras para novos saberes.

A Marilanda Lima, velha amiga parteira, parceira de longo tempo nos caminhos da parteria, por ter seguido firme comigo na resistência exigida.

Ao meu amado mestre Paramahansa Yogananda, pelos valiosos ensinamentos ao longo dessa trajetória que precisei praticar a disciplina, a paciência e a humildade.

A Nanã, que me ajudou a mergulhar profundamente nas raízes ancestrais desse povo.

A minhas avós:

Mãe Juca por seu legado de sabedoria e dedicação.

A minha Avó Duninha que nunca perdeu a doçura, mesmo diante de tantas adversidades.

À meus queridos irmãos e irmãs, que me ensinam cotidianamente o valor da fraternidade, da

união e da solidariedade.

A meus gêmeos, Lúcio e Carla Galvão Pereira, que dão sentido a minha vida afetiva e espiritual.

A minha filha Carla, pelo apoio amoroso e incondicional nesta reta final da elaboração da tese, fazendo também às vezes de co-orientadora e suporte para todas as horas e necessidades

A meu genro Rafael Arantes, pelas contribuições técnicas e afetivas.

A Ana Paula Araujo, minha colega mais que amiga, meu porto seguro para asssuntos burocráticos e institucionais.

A Hildete Santos Pita Costa, pelo seu carinho, paciência, e indicação de livros e documentos sobre o lócus do estudo, e contribuição na elaboração da ficha catalográfica.

As colegas do Colegiado de Enfermagem da UNEB com quem compartilho minhas reflexões acerca de novos paradigmas do processo ensino aprendizagem.

Aos acadêmicos de enfermagem, por provocar momentos de reflexões e instigar novas ideias de forma afetuosa.

Agradeço em especial ao ciclo de mulheres que ergueu-se junto a mim e ao meu redor, nutrido e nutrindo com afeto todos os processos vividos durante a elaboração dessa tese, formando uma rede de acolhimento feminino que constitui para mim um dos principais resultados dessa pesquisa, representando a consagração da força feminina, composta por aquelas que atenderam ao chamado da vida para o cuidado.
A minha amiga queridaTici, por nossas prosas intermináveis, nas madrugadas pós escrita com noites mal dormidas, regadas aos sonhos da vida na roça plantando e colhendo tudo que a terra dá numa dialética da cosmovisão.
A doce Maiara França, por sua amizade, em especial, pelas deliciosas sessões de *reiki* para me aterrar.
Minha Fernanda Truka (a buchuda), pela parceria e capacidade de organização de meus textos e mais recentemente por aguardar a doce Diana para nosso convívio por meio dos métodos não farmacológicos.
A Tainá Oliveira, minha parceira de fé que colou comigo desde que a pandemia que nos encheu de medo e de coragem numa engrenagem paradoxal de afeto e confiança.
A minha parceira Rute Santos de Jesus (Rute Rocalio), por me apoiar e sobretudo me presentear com autores maravilhosos.
A Liliana Silveira, por sempre aquecer meu coração com seu café e meiguice.
A Taninha Bispo, por compartilhar das ações extensionistas, das rodas, textos, artigos e conquistas no mesmo componente curricular com o mesmo entusiasmo do primeiro dia que prestamos concurso para a entrar nesse espaço de aprendizagem.
A Silvana Vieira , que entrou na minha vida acadêmica no lugar de aluna exemplar e hoje é uma colega competente, doce e generosa, mas, sobretudo, por ser a mãe da bela Analú que nos aproximou pelo leite sagrado, agora também da sementinha que vem germinando nesse ventre fecundo.
A Paula Vanessa Amoedo, pelo seu encantamento pela ocitocina do mundo da parturição.
A Fanny Glem, pelos seus impecaveis cuidados terapeuticos.
A Allegra Pitombo, pela sua magia reikiana.

A minha amiga querida, Kátia Maria Mendes, pela sua forma singular de me incentivar até mesmo quando eu não acreditava mais que seria possível.

A Marcos Vinicius pelos cuidados da acupuntura que nos transporta para o relaxamento e bem estar.
Aos colegas do doutorado pelos compartilhamentos dos pressupostos teóricos e mais especialmente pelos debates e rebeldias.

A minhas amigas queridas de doutorado, Silvia Letícia Correia, Maria Rita Santos, Mille Caroline Rodrigues Fernandes e Rita Magalhães de Oliveira por compartilharem angústias, medos e reflexões próprias desse período de pedagogias e afetos decoloniais.

A minha gratidão aos técnicos do Distrito Sanitário Cabula Beiru e da Subcoordenação de Informação em Saúde, departamentos do distrito sanitário da Secretaria de Saúde de Salvador. Pelo apoio e disponibilização dos dados que foram incluídos e analisados nessa pesquisa.

Agradeço a minha ilustre orientadora Francisca de Paula Silva , pelo apoio irrestrito ao tema e metodologia escolhida.
A minha co- orientadora, Ticiana Ramos, pelo brilhantismo que conduziu esse trabalho, nos seus mínimos detalhes me fazendo rever tudo e checar mais uma vez, numa lógica pragmática, perfeccionista e tinhosa.

Ao meu querido Elizeu Clementino Souza, que abrilhantou as epistemologias das narrativas com a sensibilidade de quem sabe ouvir os silenciados.
A Janice de Sena Nicolin, uma das maiores referências sobre os estudos do Cabula, minha gratidão por suas contribuições que tanto enriqueceram de forma eulirica descrevendo o território Cabuleiro.
A Isa Maria Nunes, colega querida por quem nutro afeto e admiração, suas contribuições foram fundamentais para esta pesquisa.

A todas e todos a minha eterna GRATIDÃO!

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo principal analisar como o saber de *Parteiras Tradicionais* pode contribuir para a formação de enfermeiras, discutindo a importância da Educação em Saúde e das ações extensionistas nesse processo. A tese se vincula teoricamenteà discussão sobre colonialidade do saber e seus efeitos no cuidado em saúde, sobretudo na construção do modelo de assistência ao parto hegemônico no Brasil, e teve como pressuposto as discussões que apontaram que a institucionalização e a medicalização do parto representada pelo desenvolvimento da biomedicina transformou o processo paturitivo em um procedimento médico, de consumo de tecnologias e intervenções, inscrevendo-o numa linha de produção masculina, desenvolvendo e reproduzindo assimetrias e desigualdades de gênero.Em termos metodológicos, o trabalho se pautou em pesquisa bibliográfica, análise documental (projetos pedagógicos, ementas dos componentes curriculares, projetos de extensão, programas e planos de saúde federais, estaduais e municipais), análise de dados socioeconômicos e indicadores epidemiológicos e em entrevistas-narrativas construídas com mulheres mais velhas do bairro do Cabula em Salvador para resgatar as memórias que elas guardam das *Parteiras Tradicionais* que atuaram naquele território. Considerando esse corpus, a tese sustenta que, através de mudanças na formação dos/as profissionais de saúde, é possível contribuir para a transformaçãodo modelo de assistência à saúde e seus determinantes sociais. Concluí, assim, que o saber das *Parteiras Tradicionais* constitui um conhecimento valioso que deve ser reconhecido e valorizado na formação das profissionais de saúde.



**Palavras-chave**: Parteiras Tradicionais, Colonialidade do Saber, Educação em Saúde, Modelos de Assistência ao Parto.

## ABSTRACT

This work has as main objective to analyze how the knowledge of Traditional Midwives can contribute to the training of nurses, discussing the importance of Health Education and extension actions in this process. The thesis is theoretically linked to the discussion on the coloniality of knowledge and its effects on health care, especially in the construction of the hegemonic childbirth assistance model in Brazil, and was based on the discussions that pointed out that the institutionalization and medicalization of childbirth represented by the development of biomedicine has transformed the paturitive process into a medical procedure, using technologies and interventions, enrolling it in a male production line, developing and reproducing asymmetries and gender inequalities. In methodological terms, the work was based on bibliographic research, documental analysis (pedagogical projects, curricular component menus, extension projects, federal, state and municipal health plans ), analysis of socioeconomic data and epidemiological indicators and interviews- narratives built with older women from the Cabula neighborhood in Salvador to rescue the memories they keep from the Traditional Midwives who worked in that territory. Considering this corpus, the thesis maintains that, through changes in the training of health professionals, it is possible to contribute to the transformation of the health care model and its social determinants. It concludes, therefore, that the knowledge of Traditional Midwives constitutes a valuable knowledge that must be recognized and valued in the training of health professionals.



Keywords: Traditional midwives, Coloniality of Knowledge, Health Education, Delivery Assistance Models.

**RESUMÉN**

Este trabajo tiene como objetivo principal analizar cómo el conocimiento de las Parteras Tradicionales puede contribuir a la formación de enfermeras, discutiendo la importancia de la Educación para la Salud y las acciones de extensión en este proceso. La tesis está teóricamente ligada a la discusión sobre la colonialidad del conocimiento y sus efectos en la atención de salud, especialmente en la construcción del modelo hegemónico de atención al parto en Brasil, y se basó en las discusiones que señalaron que la institucionalización y medicalización del parto representada por el desarrollo de la biomedicina ha transformado el proceso de parto en un procedimiento médico, utilizando tecnologías e intervenciones, inscribiéndolo en una línea de producción masculina, desarrollando y reproduciendo asimetrías y desigualdades de género. En términos metodológicos, el trabajo se basó en la investigación bibliográfica, análisis documental (proyectos pedagógicos, menús de los componentes curriculares, proyectos de extensión, programas y planes de salud federales, estatales y municipales), análisis de datos socioeconómicos e indicadores epidemiológicos y en entrevistas- narrativas construidas con mujeres mayores del barrio de Cabula en Salvador para rescatar los recuerdos que guardan de las Parteras Tradicionales que trabajaban en ese territorio. Teniendo en cuenta este corpus, la tesis sostiene que, a través de cambios en la formación de los profesionales de la salud, es posible contribuir a la transformación del modelo de atención en salud y sus determinantes sociales. Concluye, por tanto, que el conocimiento de las Parteras Tradicionales constituye un conocimiento valioso que debe ser reconocido y valorado en la formación de los profesionales de la salud.

Palabras clave: matronas tradicionales, colonialidad del conocimiento, educación en salud, modelos de asistencia al parto.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1**- População beneficiada pela extensão ..... 48
**Quadro 2-** Ementa do Componente Estágio Curricular Supervisionado I.....52
**Quadro 3**- Ementa do Componente Enfermagem na Saúde da Mulher no Parto e Puerpério.53
**Quadro 4-** Modelos de Assistência ao parto segundo Robbie Davis Floyd..... 96
**Quadro 5-**Percepção dos problemas do Estado de Saúde (Agravos Crônicos), DSCB, Salvador, 2017..... 97
**Quadro 6-**Incidência de agravos selecionados no DSCB, segundo o PMS 2017.....98
**Quadro 7-** Participantes da Pesquisa.....127

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1**- Nascimentos por ano no DSCB, 2018-2020.....171
**Tabela 2**- Nascidos vivos segundo Tipo de Parto, 2018-2020.....172
**Tabela 3**- Nascimentos por local de ocorrência, 2000-2020.....173

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1- Taxa de Cesariana HGPV 2006-2011.....33
Fotografia 1- Encontro Internacional de Parteiras do Amapá.....41
Figura 1- Localização do Locus do Estudo na Cidade de Salvador.....129
Figura 2- Complexo Horto Bela Vista.....133
Fotografia 2- Serviço Médico Odontológico e Social- SMOS,UNEB.....72
Fotografia 3 -Maternidade Dom Climério.....109
Fotografia 4 -Faculdade de Medicina da Bahia.....110
Fotografia 5 - Centro de Parto Normal Marieta de Souza Pereira.....117
Fotografia 6- 19° Batalhão dos Caçadores- AV Silveira Martins.....130
Fotografia 7- Quilombo Fundado pelos habitantes do Cabula.....136
Fotografia 8- Terreiro Ilê Axé Opó Afonjá.....144
Fotografia 9- Terreiro Tumbenci.....,145
Fotografia 10- Terreiro Bate Folha, 1916.....145
Fotografia 11- Pedreira da Lagoa da Vovó, São Gonçalo do Retiro.....146
Fotografia 12- UBS da Mata Escura, DSCB.....168
Mapa 1- Distribuição geográfica das guardiãs dos saberes tradicionais.....126

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| AB | Atenção Básica |
| AC | Atividades Complementares |
| ANEPS | Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde |
| CEPAIA | Centro de Estudos das Populações Afro-Índígenas Americanas |
| CULTUARTE | Coletivo de Arte e Cultura |
| CMP/SE | Central de Movimentos Populares |
| CPN | Centro de Parto Normal |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| CONSEPE | Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão |
| CAPES | Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão<br>Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| DSCB | Distrito Sanitário Cabula Beiru |
| DCN | Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde |
| DCV | Departamento de Ciências da Vida |
| EP | Educação Popular |
| ENEMEC | Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária |
| ENSP | Escola Nacional de Saúde Pública |
| EPUCS | Escritório do Plano de Urbanismo de Salvador |
| ETBCES | Encontro de turismo de Base comunitária e Economia solidária |
| FAPESB | Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado daBahia |
| GENP | Grupo de estudos sobre nascimento e parto das Secretaria de Saúde de São Paulo |
| HGRS | Hospital Geral Roberto Santos |
| IST'S | Infecção sexualmente transmissível |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatíticas |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional |
| MEB | Medicina Baseada em Evidências |
| MHAP | Movimento de Humanização da Assistência ao Parto |
| MS | Ministério da Saúde |

| | |
|---|---|
| MOPS | Movimento Popular de Saúde |
| NDE | Núcleo de Desenvolvimento Educacional |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONGS | Organizações Não Governamentais |
| OPAS | Organização Panamericana de Saúde |
| PAB | Política de Atenção Básica |
| PAISM | Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNE | Plano Nacional de Educação |
| PNPIC | Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| PT | Parteiras Tradicionais |
| PTPT | Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais |
| PROAPEX | Programa de Apoio a Projetos de Extensão |
| PROEX | Pró Reitoria de Extensão |
| PIASC I | Programa de Integração Academia, Serviço Comunidade |
| REHUMA | Rede de Humanização do Parto e Nascimento |
| SANBRA | Subúrbio Ferroviário de Salvador, na Sociedade Algodoeira do Nordeste Brasileiro |
| SSEETU | Sociedade Solidária, Educação, Espaço e Turismo |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde |
| SMOS | Serviço Médico Odontológico e Social |
| SESAB | Secretária de Saúde do Estado da Bahia |
| SESP | Serviço Especial de Saúde Pública |
| SINASC | Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos |
| SIP/UNEB | Sistema de Planejamento da UNEB |
| SPE | Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas |
| SMOS | Serviço Médico Odontológico da Bahia |
| SUPROT | Superintendência de Educação Profissional Tecnologia |
| SSEETU | Sociedade Solidária, Educação, espaço e turismo |
| SUPROT/SEC/BA | Superintendência da Educação Profissional e Tecnológica |
| SEDUC | Secretaria da Educação do Estado da Bahia |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

| | |
|---|---|
| TBC | Turismo de Base Comunitária |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UESB | Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia |
| UNEB | Universidade do Estado da Bahia |
| UNICAMP | Universidade Estadual de Campinas |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |

**SUMÁRIO**


**1 INTRODUÇÃO** **14**

**2 COMO UMA PARTEIRA FOI PARIDA PELA PELA VIDA** **26**

**2.1Memórias de uma infância de quintal** **26**

**2.2 Encontros e desencontros na vida íntima, na jornada acadêmica e profissional** **29**

**2.3 Reencontrando sentidos do parto** **34**

**2.4 O retorno para a Bahia e a continuidade do caminho do partejar até o presente** **44**

**3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: a contribuição da extensão na formação em enfermagem** **47**

**3.1 Atuação na UNEB como professora e preceptora** **49**

**3.2 Fundamentos da Educação em Saúde e Educação Popular: o encontro entre educação e a saúde** **58**

3.2.1 A Educação Popular 62

**3.3 Extensão universitária na Enfermagem: projetos executados** **65**

3.3.1 Projeto Acolhendo a Gestação 66

3.3.2 Projeto Roda da Saúde 73

3.3.3 Projeto Valorização das Parteiras Tradicionais da Chapada Diamantina: Três Marias 77

3.3.4 Projeto Capacitando Parteiras Quilombolas 81

3.3.5 Projeto Turismo de Base Comunitária 84

**3.4 Reflexões sobre a importância das ações extensionistas para a formação da profissional de enfermagem** **85**

**4. COLONIALIDADE E MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO: Saberes biomédicos e saberes de Parteiras Tradicionais** **92**

**4.1 Colonialidade do poder e do saber e perspectivas para além: ecologia dos saberes, decolonialidade e contra-colonialidade.** **92**

**4.2 Uma visão sobre a construção dos modelos de assistência ao parto: medicalização e biomedicina na assistência ao parto no Brasil e na Bahia** **98**

**4.3 Breve panorama atual e Movimento de Humanização da Assistência ao Parto (MHAP) no Brasil** **109**

**4.4 Parteiras Tradicionais, ontem e hoje** **116**

**5. CABULA:** território quilombola, saúde e cenário do part **124**
**5.1 Cabula: Adentrando o território quilombola** **125**
**5.2 Mapeando espaços de saúde no Cabula** **147**
5.2.1 Cenário do Parto no Cabula 169
**6PARTEJANDO O ENCONTRO COM MEMÓRIAS DE GESTAÇÕES, PARTOS E PARTEIRAS NO CABULA:** Metodologia e Narrativas **175**
**6.1 O Percurso metodológico** **175**
6.1.2 O Tecido da Pesquisa Qualitativa:Memórias,Histórias e Narrativas 177
6.1.3 Entrevistas narrativas e rodas de conversa: mapeando as vivências reprodutivas entre mulheres do Cabula. 180
6.1.4 O processo de análise nas entrevistas narrativas e rodas de conversa: reconstruindo as narrativas em uma colcha de retalhos 183
6.1.5 Organização e processos vivenciados durante o Trabalho de Campo 185
**6.2 Mémórias, Saberes e Narrativas** **189**
6.2.1 Redes de Cuidado e Solidariedade 190
6.2.2Tempos e processos de parto 200
6.2.3 Narrativas sobre parteiras 204
6.2.4Entre folhas, saberes e espiritualidade 209
6.2.5 Institucionalização e medicalizacao do parto 216
**À GUISA DE CONCLUSÃO** **224**
**REFERÊNCIAS** **230**

# 1. INTRODUÇÃO

> Nascer é cruzar o véu que separa suas formas de existir, a primeira dentro do ventre, uma existência passiva, entregue e disponível. Um ser totalmente criado, envolvido e nutrido por um outro ser. Dentro do casulo materno o bebê não percebe a existência, apenas flui conforme o ritmo do desenvolvimento celular, embalado pelos sentimentos e sensações da mãe. A segunda existência é o mundo da matéria, afetos, espaço, tempo, limite, individualidade, consciência. Na travessia entre estes dois modos de ser, existe uma porta estreita e para cruzá-la é necessário um grande ritual de passagem.
>
> (MAGALHÃES, 2015, p.108)

O tema escolhido para esta pesquisa surpreende pessoas de todas as gerações, em especial o segmento jovem, que associa a figura da *Parteira Tradicional* (PT) a um passado remoto, quando os indicadores epidemiológicos de mortalidade materna e mortalidade infantil eram alarmantes. Essa concepção decorre da colonialidade do saber que disseminou, através do discurso higienista, a falsa ideia de que os cuidados da parteira representavam um risco para mães e bebês, e estava aquém da ciência moderna.

O termo *Parteira Tradicional* instiga ora sentimentos de desdém, ora interesse daquelas que integram o movimento em favor do resgate da assistência embasada na valorização da mulher, enquanto protagonista do processo do parto. Foram muitos os comentários e questionamentos com indagações sobre o valor desta pesquisa, centrada na figura da Parteira Tradicional. O desejo de dar luz aos saberes das parteiras remete a um sentimento de gratidão às mulheres que marcaram visceralmente os ciclos da minha vida, embalando a esperança de que os cuidados na hora do parto podem e devem ser qualificados, bem como valorizados.

A construção do objeto de pesquisa tem sempre uma motivação subjetiva ligada a algum interesse pessoal do pesquisador ou da pesquisadora, pois, sua escolha em alguma medida sempre acaba contando um pouco da minha história e daquilo que realmente importa em minhas experiências. Nesse contexto, o tema sobre o qual venho me debruçando durante esses anos de estudo no programa de doutoramento já estava presente em minha caminhada em vários sentidos e circunstâncias. Assim como o trabalho de parto, a elaboração desta tese perpassou por todas as fases fisiológicas e simbólicas desse processo, iniciado nos pródomos, quando no campo emocional apareceram os primeiros sinais produzidos pela ocitocina (hormônio do amor) que me trouxeram sentimentos ambivalentes de temor e alegria. A alegria, associada ao prazer de poder dá luz ao tema, e o temor associado à possibilidade de

não dar conta desta pesquisa do doutorado, além de todos os demais afazeres, como: mulher, filha, mãe, professora e parteira.

Quando chegou a latência, efetivamente o corpo se preparou para o início do trabalho, mergulhei na literatura para buscar inspiração e fundamentos que sustentassem este processo. Assim como os partos que não obedecem a critérios descritos nos compêndios da medicina, as fases de elaboração desta tese não ocorreram de forma linear, uma vez que estouexposta a vários fatores externos que extrapolam o nosso meu controle. Desde uma fratura na tíbia, no primeiro ano do programa, quando assisti as aulas em cadeira de rodas, acrescida da frustração pela decisão do Colegiado do Curso de Enfermagem de não me liberar das atividades docentes para o doutoramento, fui vivenciando e acolhendo com resiliência as inconstâncias do processo, que me encaminharam a fase ativa – a pesquisa e a escrita da tese.

No início da fase ativa da pesquisa, marcada pelo ritmo acelerado, foi necessário realizar viagens constantes em quatro estados para implementar as ações do projeto de extensão "Valorização de Parteiras Tradicionais", em convênio com o Ministério da Saúde(MS), e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS),o qual coordenei. Essa sobrecarga de trabalho e o acúmulo com as funções docentes retardou a fase empírica da pesquisa, gerando conflitualidades internas e externas, que me levaram a distócia[1], manifestada por transtorno de ansiedade, e ao aumento da tensão interferindo diretamente na formação do canal de parto que me levaria ao campo.

À medida que o tempo passava, as contrações esquentavam, a consciência e o comprometimento com o processo iniciado fez com que a produção de hormônios fosse retomada, para isso foram utilizados recursos para restabelecer o trabalho de parto fosse restabelecido, dentre os quais:eles acompanhamento psiquiátrico, psicoterapia, acupuntura e meditação. Durante seis meses permaneci sob cuidados para reequilibrar o sistema endócrino, fundamental na produção de hormônios para manter a querência pelo objetivo proposto.

Em meio ao processo da coleta de narrativas, entusiasmada com a riqueza das memórias narradas no campo da gestação e do parto das mulheres do Cabula, mergulhei na *partolândia*, de onde fui abruptamente arrancada pela pandemia do COVID-19, me levando a uma recaída com os sintomas anteriores da distócia e requerendo adaptações terapêuticas. Em razão do enfraquecimento do sistema imunológico, fui infectada pelo Coronavirus, juntamente com meus irmãos e pais, provocando o falecimento repentino de meu pai, que era idoso, porém muito saudável, por complicações do vírus, abalando gravemente meu estado emocional.Assim, acredito que a elaboração desta tese se assemelha com a dinâmica do

[1]Dificuldades evolução da parturição (RESENDE,2018).

nascimento, da vida e da morte, quando não é possível controlar totalmente seu tempo, sua evolução, a interação entre todos os agentes envolvidos (institucionais, coletivos, individuais), bem como o rebento parido.

Através desta pesquisa quero informar para meuao leitor que minha relação com esta temática tem uma história que nasce na infância, mas, pela via profissional, transita e dialoga com a minha trajetória desde a década de 1980. Nessa perspectiva, esta pesquisa se constitui em um produto acadêmico que é fruto de anos de docência e de ativismo por uma causa que envolve a decolonialidade, o humanismo e o feminismo como ato político e ético para com as mulheres que carecem de uma assistência respeitosa em um dos momentos mais importantes de suas vidas reprodutivas. Minha identidade profissional nasce, portanto, da figura da *Parteira Tradicional* e se desloca para a prática, em uma perspectiva de saúde enquanto processo do cuidado.

O interesse em conhecer as memórias das *Parteiras Tradicionais* que habitaram o antigo quilombo Cabula, surgiu da minha aproximação com a população desse território na condição de docente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) por duas décadas, sendo fortalecida pela necessidade de registrar os saberes ancestrais dessas mulheres haja vista a falta de registos materiais a respeito desse patrimônio imaterial tão importante. No propósito de valorizar a história dessas mulheres que vivem no Cabula assumo o compromisso de suscitar com esta tese uma reflexão atenta sobre as memórias e o valor do saber das *Parteiras Tradicionais.* Tomando em conta essas questões políticas, me sinto a vontade para escrever este trabalho utilizando a primeira pessoa e fazendo o exercício de descrever a minha trajetória pessoal e profissional como ponto de partida para delinear o objeto de pesquisa estudado.

Tendo em vista todo esse processo, este trabalho tem como problemática uma discussão sobre a colonialidade do saber. Importa aqui, refletir sobre a seguinte questão: qual relevância do saber das *Parteiras Tradicionais* no processo de formação de enfermeiras da UNEB? Nesse âmbito, o trabalho discute o conteúdo e a metodologia do currículo de enfermagem refletindo sobre o papel da Educação e Saúde, assim como sobre a importância das ações extensionistas no processo de formação dessas enfermeiras no que se refere aos modelos de assistência ao parto e nascimento.

O objetivo principal da pesquisa é compreender os saberes das parteiras tradicionais e sua importância para a formação das enfermeiras na Educação em Saúde.

O trabalho tem como objetivos específicos a) descrever e refletir sobre a trajetória da autora no processo de construção da sua formação e na elaboração do seu objeto de pesquisa; b) discutir a importância da Educação em Saúde e das ações extensionistas no processo de formação das enfermeiras; c) interpretar criticamente os efeitos do cuidado da saúde referente ao modelo de assistência ao parto no Brasil e Bahia, ancorada na perspectiva hegemônica de colonialidade do saber; d) apresentar o território contemporâneo do Cabula e sua relação com o diagnóstico de saúde; e) analisar a narrativa de mulheres mais velhas a partir de suas memórias sobre o cuidado de *Parteiras Tradicionais* no processo de assistência ao parto e ao nascimento. Quanto a este último objetivo, o trabalho se propõe a discutir quem são as agentes de cuidados presentes nas narrativas dessas mulheres e se elas apresentam um modo de fazer específico, ou seja, um tipo de "pedagogia do cuidado" próprio das *Parteiras Tradicionais.*

Assim, a tese que ora defendo toma como pressuposto que a institucionalização/medicalização do parto foi marcada pela colonialidade do saber e por isso utilizo como eixos organizadores do trabalho as relações de poder e sua influência no processo do parto. Busco analisaro saber de *Parteiras Tradicionais* a partir das narrativas de mulheres mais velhas que receberam os cuidados dessas parteiras durante seus partos.

A memória das *Parteiras Tradicionais* constitui referência para a geração contemporânea como testemunhas do passado como bem diz Michele Pierrot (1989), na missão das narradoras de mulheres, que foram e são invisibilizadas pela colonialidade em comunidades aldeãs e nas sociedades contemporâneas. Todavia é bom lembrar, que as memórias e saberes das Parteiras do Cabula, serão resgatadas e registradas por mulheres que receberam seus cuidados na perspectiva da memória proposta por Ecléa Bosi (2016, p.7) " a memória é sonho, é trabalho".

Para as *Parteiras Tradicionais,* parto e nascimento representam fenômenos impregnados de significados, crenças e rituais. Porém, o modelo biomédico considera os cuidados oferecidos por essas mulheres como superado e ultrapassado. Contudo, a articulação entre o saber da P*arteira Tradicional e* o saber biomédico constitui uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para reduzir a mortalidade materna e atender o compromisso assumido no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2004.

As sociedades ocidentais contemporâneas priorizam o modelo biomédico na abordagem da saúde, tendo como premissa que a racionalidade científica é o "único" caminho para a construção do saber. A conexão entre o conhecimento científico e os saberes

tradicionais foi interrompida assimetricamente quando a colonialidade do saber afastou as Parteiras do campo do cuidado.

Esse processo produziu práticas hegemônicas no campo da saúde que resultaram emdistorções que repercutem negativamente na saúde da mulher, marcada por procedimentos intervencionistas sem base científica e com uso excessivo de tecnologias. Esse modo de assistir desrespeita as mulheres, o tempo fisiológico do parto, impondo tratamento desumanizado, discriminação, humilhação e negligenciando os aspectos emocionais do processo de parto.

As minhas observações assistindo mulheres no âmbito hospitalar e no âmbito domiciliar, há quatro décadas, bem como os estudos sobre a formação da enfermeira, evidenciam entre outros aspectos, que essas profissionais apresentam *déficit* no saber-fazer em obstetrícia, indicando falhas na sua formação, tanto na graduação quanto na especialização. Por esse motivo, e por pressão institucional, elas frequentemente utilizam práticas desaconselhadas pelas evidências científicas, muitas delas prejudiciais à saúde da mulher, demonstrando que reproduzem o modelo biomédico e intervencionista, em lugar de valorizar e aplicar as práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde.

Numa outra perspectiva, o cuidado tradicional oferecido pelas Parteiras à mulher durante o parto está ancorado no respeito a fisiologia desse fenômeno, baseado em seu saber empírico ela desenvolve os cuidados com dedicação, delicadeza e solidariedade, numa perspectiva humanística.

Nesse sentido, a formação da enfermeira necessita integrar princípios fundamentados nos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo através de condutas clínicas, conhecimento científico, habilidade técnica, intuição apurada e conhecimento interdisciplinares embasados na responsabilidade ética e política e com autonomia profissional.

Para tanto, estou convencida que a Educação em Saúde representa um recurso pedagógico essencial para desenvolver habilidades fundamentais para complementar a formação dessa profissional. A Educação em Saúde, assim como as ações de extensão viabilizam o compartilhamento de saberes, a horizontalidade da relação usuário-profissional, promovendo um espaço dialógico para crítica-reflexiva do processo de trabalho, dando protagonismo a mulher e autonomia profissional à enfermeira.

A minha formação profissional como enfermeira- parteira agrega conhecimentos advindos de múltiplas fontes. Perpassando pela formação acadêmica, durante a graduação,

especialização e mestrado na área da Saúde da Mulher, e pela troca de experiências, assistindo e ouvindo mulheres Rezadeiras, Benzedeiras, Raizeiras, Parteiras, Feministas, Trabalhadoras, que emanavam o feminino como essência de saber ancestral. Foi desenvolvendo diversas atividades de extensão no Cabula, que compreendi a relevância da Educação em Saúde para a formação da enfermeira e também para a valorização do conhecimento tradicional.

Nesse contexto, a Universidade cumpre um papel de responsabilidade social importante na formação de educar para transformar, uma vez que instituições formadoras têm o desafio de propor reflexões críticas sobre novos saberes, que nascem da prática e das experiências educativas travadas entre educadores, educandos e mulheres da comunidade, Nessa convivência, os saberes e seus compartilhamentos geram novos conhecimentos. Nesse processo de formação, as dúvidas, os questionamentos, a reflexão sobre passado, presente e futuro capacitam para a autonomia do saber/fazer no processo de ensinoaprendizagem.

Na perspectiva metodológica, utilizei pesquisa bibliográfica, análise documental (projetos pedagógicos, ementas dos componentes curriculares, projetos de extensão, programas e planos de saúde federais, estaduais e municipais). Utilizei ainda análise de dados socioeconômicos e indicadores epidemiológicos. A pesquisa também trabalha com dados que foram construídos através de entrevista-narrativa com mulheres mais velhas do Cabula para resgatar as memórias, que elas guardam sobre as *Parteiras Tradicionais* que atuaram naquele território até meados do século XX.

As justificativas para esta pesquisa se fazem em diversos planos e sob diferentes razões. Primeiramente pela minha conexão afetiva com a P*arteria Tradicional* e seus mistérios, marcados em minha trajetória pessoal e profissional. Em sequência, pelos desafios impostos na condição de educadora, que reconhece o lugar da Educação em Saúde como um caminho para complementar a formação de profissionais de saúde. Uma formação que envolve uma visão crítica, humanista, capaz de contribuir para a melhoria da assistência à saúde e para a melhoriados indicadores epidemiológicos de mortalidade materna e neonatal, qualificando o atendimento direcionado às mulheres em maior vulnerabilidade social e valorizando seus aspectos sócioculturais. E ainda pelo lugar de pesquisadora nos Projetos de Pesquisa e Extensão, onde cresceu o interesse em adentrar na riqueza do patrimônio imaterial e cultural guardados nesse território. Sobre esse último interesse, ressalto a falta de estudos que registram a importância dos saberes das *Parteiras Tradicionais* enquanto patrimônio imaterial e cultural. Nesse sentido, a relevância desta pesquisa se justifica pela tentativa de contribuir com o registro desses saberes tradicionais, e especialmente validar a importância da

associação de conhecimentos científicos com saberes tradicionais.

No percurso metodológico, justifico a opção pela abordagem qualitativa como método adequado para atender à construção e os objetivos deste estudo. A pesquisa qualitativa em si constitui um campo complexo de investigação dos processos históricos, sendo uma abordagem fundamental para situar o pesquisador no campo de pesquisa e compreender os variados fenômenos, munindo de materiais que possibilitam a interpretação de experiências pessoais, memórias e produções culturais através do seu foco multipragmático e pelo compromisso com a perspectiva naturalista da experiência humana (DENZIN et al., 2006).

Para além de recolher as histórias, descrever narrativas e elaborar análises das memórias de partos e parteiras, a abordagem em questão permite centrar na importância dos processos vivenciados no percurso histórico, ressignificando as problemáticas sociais decorrentes do processo de colonialidade da saúde (POUPART et al., 2014).

Nessa perspectiva, um elemento de grande relevância para a construção desta pesquisa é o reconhecimento de que a população do Cabula, remanescente de quilombos, afirma em seus territórios as pluralidades e modos singulares de cuidar da saúde, indo de encontro, enquanto resistência, à colonialidade presente historicamente no processo de formação dessa população, gerando elementos como a clandestinidade e a desvalorização dos conhecimentos tradicionais e populares vinculados à sua saúde, bem como aos demais processos da convivência social.

Considerando o Cabula como um território pluricultural, torna-se fundamental refletir sobre as ações que buscam a conciliação entre os saberes tradicionais, composto por símbolos e códigos ancestrais e o saber científico baseado em evidências.

No Brasil, o interesse acadêmico sobre saberes de *Parteiras Tradicionais* foi se edificando simultaneamente com o Movimento de Humanização do Parto e Nascimento (MHPN) iniciado no final da década de 1980. Na década seguinte, iniciaram as produções acadêmicas no campo das Ciências Sociais, História e mais especialmente na Antropologia e Antropologia da Saúde. Cabe destacar as primeiras pesquisas acadêmicas sobre Parteiras, da historiadora Maria Lucia Mott, intituladas “A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico (1999); O curso de partos: deve ou não haver Parteiras? (1999); Parto (2002)”.

Em um levantamento bibliográfico de artigos indexados no SciELO foi possível constatar que as áreas que mais publicam sobre as *Parteiras Tradicionais* são: Antropologia, Ciências Sociais, Psicologia, História, Enfermagem. O levantamento também apontou o campo da antropologia da saúde pública como aquela de maior interesse e aproximação com a

práxis da parteira enquanto produtora e detentora de saberes e da cultura popular do cuidado. Na literatura nacional os temas mais estudados são: Parto Domiciliar, Memória, Saberes, A arte de partejar, Cuidados e Práticas de Parteiras, Cultura.

Até meados do século XIX, o parto era assistido por Parteiras que aprendiam o ofício com outra comadre ou com a experiência de parir seus próprios filhos, tal conhecimento era de natureza empírico-sensorial sendo transmitido através de redes femininas (BARRETO, 2008). A atuação das *Parteiras Tradicionais* (PT) resistiu até meados do século XX, quando a ciência moderna transferiu a assistência ao parto para a instituição hospitalar, introduzindo o modelo biomédico, que surgiu embasado na teoria mecanicista do universo, proposta por pensadores como Galileu, Descartes e Newton e segue o modelo de ciência positiva no século XIX. Nessa concepção o universo era visto como um sistema mecânico tratado pelos médicos, no qual os seres humanos funcionavam como máquinas e, quando adoeciam, era por que esta máquina estava avariada (DA COSTA, 2013). No cenário do parto, esse modelo é baseado nas intervenções e medicalização, centrado na figura do médico obstetra, com autoridade oficialmente reconhecida.

O processo de transição do nascimento do domicílio para o hospital com a participação da categoria médica na cena do parto, representou um dos fenômenos marcantes na história da parturição. Essa mudança de ambiente redefiniu as condutas no âmbito da saúde reprodutiva, representando uma parte importante da política higienista, que ditava a disciplina de cada indivíduo consigo próprio e com seus próximos, de modo que cada um se conscientizasse e passasse a agir como fiscal da higiene (FERNANDES; OLIVEIRA, 2014; RAMOS, 2013).

A medida em que a assistência ao parto foi institucionalizada, o saber das Parteiras começou a ter sua eficácia e segurança questionadas pelos detentores do conhecimento científico, que passaram então a exigir qualificação oficial para o exercício desses ofícios (BARRETO, 2008). Embora as mudanças no contexto do parto tenham sido implementadas em todo território nacional, as cores e matizes dessas transformações tem tonalidades diferentes, porque, as práticas médicas com a redefinição do lugar da parteira foram atreladas a singularidades locais, a partir do engendramento de acordos políticos e institucionais.

Atualmente, nas maternidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) as taxas de cesáreas representam mais que o dobro do percentual recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), enquanto que na rede suplementar os dados apontam para uma taxa de cesariana maior que 90% (DOMINGUES, *et.al*, 2014). Os argumentos médicos para essas altas taxas estão atrelados ao entendimento da gestação como fator de risco para a mãe e o

recém-nascido. Todavia existem estudos fundamentados pela Medicina Baseada em Evidências (MBE)[2], que apontam como fator principal para essas altas taxas de cesáreas a adoção do modelo assistencial, que Robbie Davis-Floyd (2003) denominou como tecnocrático, onde o corpo humano é comparado à uma máquina e o corpo da mulher é tido como inferior ao corpo do homem.

Esse modelo assistencial foi implantado no Brasil em meados do século XIX e permanece arraigado em todo o território nacional, como bem afirma o Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2014) que apresenta dados importantes sobre a atual situação de atenção ao parto em todas as regiões do país. Nasce dessa concepção o uso exacerbado da tecnologia, baseado numa ideia de segurança para o corpo das mulheres que é percebido potencialmente defeituoso e dependente de técnicas e procedimentos de controle. Surge daí a padronização do atendimento que se assemelha a uma linha de produção. Este atendimento é amplamente aplicado nas maternidades de todas as instituições públicas e privadas, gerando experiências de parto impessoais, insatisfatórias e dolorosas, em nível físico e psicológico.

Esse modelo de atendimento é classificado como intervencionista, hospitalocêntrico e medicalizado, todavia, esse arcabouço tecnológico não conseguiu reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal, que permanecem altas e distantes das recomendadas por organismos internacionais, a exemplo da OMS. Essa incoerência tem sido denominada de "paradoxo perinatal brasileiro" (LANSKY, et al, 2014,p.89).

Embora a ciência moderna tenha promovido o uso de uma série de recursos tecnológicos na assistência ao parto, os estudos comprovam que existe um alto grau de insatisfação por parte das usuárias tanto do serviço público quanto na rede suplementar. Essa insatisfação criou nichos de resistência e gerou grupos de ativistas em favor da assistência humanizada e do protagonismo da mulher (CARNEIRO, 2015).

No Brasil, desde a década de 1980 existe um debate no campo da saúde para difusão de um novo modelo de atenção ao parto baseado na fisiologia do processo parturitivo e nas práticas mais humanas e menos intervencionistas (RAMOS, 2013). Nesse período os grupos que defendiam a proposta do parto normal sem intervenções cresceram e ganharam visibilidade em todo território nacional, desencadeando críticas severas, por parte da OMS, a excessiva medicalização do parto. Para direcionar novas práticas no campo da assistência ao parto, a OMS lançou um guia prático de Assistência ao Parto Normal (1996), com o objetivo

[2] MBE se traduz pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica (LOPES, 2000).

de examinar as evidências pró ou contra algumas das práticas mais comuns e fazer recomendações, fundamentadas nas melhores evidências disponíveis (OMS, 1996), orientando a redução das práticas intervencionistas, incluir a presença do acompanhante e estimular o vínculo mãe-bebê.

Também no contexto brasileiro, desde o processo de redemocratização, para atender às inúmeras demandas sociais por reivindicação de mudanças no campo da saúde reprodutiva, o Ministério da Saúde criou e implementou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. Dentre as diretrizes do PAISM destaca-se a recomendação da adoção de medidas visando a melhoria da qualidade do parto domiciliar realizado pelas *Parteiras Tradicionais,* através do acompanhamento, supervisão e apoio de material pelo estabelecimento de mecanismos de referência da Atenção Básica (AB) municipal.

Desde 1984, o Ministério de Saúde reconhece a *Parteira Tradicional* como uma alternativa de assistência ao parto domiciliar nas zonas rurais, que não dispõem de maternidades. Esse programa abriu espaço para a criação do Programa Nacional Trabalhando com *Parteiras Tradicionais*, em 1991, que foi desenvolvido nos estados do Norte, Nordeste e Centro Oeste do país. Todavia, foi a partir de 2000 que a figura da P*arteira Tradiciona*l ganhou visibilidade como símbolo de resistência à medicalização do parto, a mercantilização da saúde e à fragmentação do ser humano.

Nessa perspectiva, as *Parteiras Tradicionais,* afastadaa da assistência em meados do século XIX, retomam paulatinamente a legitimidade de suas práticas e conhecimentos, ganhando maior visibilidade pelo governo brasileiro para garantir a cobertura a assistência ao parto em localidades de difícil acesso, onde não existe cobertura da rede pública de atenção primária por parte do estado.

O parto domiciliar assistido por *Parteira Tradicionais* representou, ao longo da história, um evento familiar, permeado pelo simbólico, que a biomedicina inseriu na lógica capitalista da linha de produção, onde o corpo da mulher era visto como uma máquina defeituosa e aspectos da vida cotidiana, tais como: o nascimento e a morte, se enquadraram no modelo produtivista manejados por instituições médicas que os normatizaram como eventos patológicos (MELO,2013).

O parto hospitalar, do qual a cesariana, em utilização desnecessária e desmedida, constitui sua representação máxima, encaixa-se na perspectiva da colonialidade do saber, uma vez que o conhecimento biomédico excluiu as outras formas de assistência, destituindo a autoridade dos conhecimentos tradicionais das Parteiras (BARRETO, 2008).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde desde o ano 2000 vem juntamente com outros organismos, a exemplo da OMS, implementando políticas, programas e outras iniciativas em defesa da humanização do parto e nascimento, buscando a qualificação da assistência obstétrica. Cabe salientar, que essas medidas adotadas pelo MS não impactaram positivamente o cenário da assistência ao parto e nascimento da maneira esperada, como ilustram os dados epidemiológicos que serão apresentados ao longo do trabalho,

Dentre as políticas preconizadas pelo MS, em favor da saúde reprodutiva, destacam-se a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003), e o Programa Trabalhando com *Parteiras Tradicionais* (BRASIL, 2010) e a Estratégia Rede Cegonha (BRASIL, 2013) . Essas iniciativas resultaram em ações para a qualidade da atenção ao parto nos centros urbanos e nas regiões rurais distantes. Em termos práticos, a parteira tradicional representa parte importante da cultura de parto domiciliar em áreas rurais de difícil acesso, porque, a figura destas guardiãs está ancorada em saberes tradicionais e na diversidade cultural.

Nessa perspectiva, elencamos como categorias analíticas para esta pesquisa a Educação em Saúde; a Colonialidade do Saber; os Modelos de Assistência ao Parto, a Medicalização da Assistência ao Parto e os Saberes Tradicionais das Parteiras .

Além dessas categorias foi necessário também reconstruir minha trajetória, bem como a memória das mulheres guardiãs dos saberes para assim elaborar esta tese. Mergulhar nas memórias da infância, me possibilitou resgatar vivências singulares que me ajudaram a compreender a escolha de ser parteira, para cuidar de mulheres e bêbes. Diante disso, no capítulo que segue essa introdução discorro sobre minhas experiências com a mística do nascimento e parto em ambiente familiar, e sobre os caminhos por onde andei em busca da minha formação profissional, dos saberes das parterias e foi a partir dessa reconstrução que construi o objeto deste trabalho.

No capítulo três apresento conceitos e fundamentos da Educação em Sáude, Educação Popular e o papel da Extensão na Universidade, como recursos pedagógicos que contribuem efetivamente para a complementação do processo formativo dos profissionais de saúde, bem como promove espaços democráticos de articulação, formação e capacitação envolvendo os diversos atores sociais (acadêmicos, profissionais, comunidade), para através do controle social, fortalecer o SUS. Para tanto, nos ancorei nos estudos de Paulo Freire, Jairnilson Paim, Catherine Walsh, Jõao Colares Mota Neto, dentre outros autores.

No quarto capítulo são apresentados fundamentos da discussão em torno da colonialidade do saber e do poder, com base em autores como Rita Laura Segato, Aníbal Quijano, Luciana Ballestrin, Boaventura de Sousa Santos e Antônio Bispo dos Santos.

Apresento os efeitos do processo da colonialidade sobre o cuidado em saúde, especificamente, na construção dos modelos de assistência ao parto no Brasil e na Bahia (a partir dos modelos propostos pela antropóloga Robbie Davis-Floyd), relacionando-o a medicalização da vida e ao biopoder (FOUCAULT,ano), para tanto consta ampla revisão de autoras brasileiras em torno da assistência ao parto. Constato a hegemonia do modelo tecnocrático de atenção, mas apresento como o mesmo coexiste com os modelos humanizado, representado no Movimento de Humanização da Assistência ao Parto, e holístico, que resiste nas práticas e saberes de *Parteiras Tradicionais.*

No quinto capítulo descrevo a aproximação com o *locús* do estudo – o Cabula – detalhando sua localização espacial e geográfica, e seu processo de urbanização; seus aspectos históricos e culturais, e conceitos de quilombo e território; e sobre os aspectos relacionados a fé e as religiões de matriz africana. Para tanto, me ancoro nos estudos de Roseli Fernandes, Milton Santos, Alfredo da Matta, João José Reis, Kátia Mattoso, Janice Nicolin, Muniz Sodré, Luis Vianna Filho, Kabengele Munanga, dentre outros. Nesse capítulo apresento também o diagnóstico de saúde do Distrito Cabula-Beiru.

No capítulo seis procurei descrever os elementos metodológicos que orientaram a busca das memórias das gestações, partos e parteiras de mulheres do Cabula e organizei de forma didática alguns tópicos a partir do que pude apreender dessas narrativas. Acerca dos elementos metodológicos são apresentados o problema e os objetivos da pesquisa, os fundamentos das entrevistas narrativas e rodas de conversa, fundamentos do processo de análise das mesmas e a organização e processos vivenciados no trabalho de campo. Para isso,lanço mão dos estudos de João Amado, Elizeu Clementino de Souza, Michelle Perrot, Rita de Cássia Gonçalves e Teresa Kleba Lisboa, Camila Muylaert, Ecléa Bosi, Jean Poupart e colaboradores, dentre outros.Acerca das narrativas, estas foram trabalhadas a partir de tópicos centrados em: redes de solidariedade, gênero e cuidado; tempos e processos do parto; narrativas sobre parteiras, folhas, saberes e espiritualidade; e institucionalização e medicalização do parto.

Por fim, nas conclusões, retomo os principais questões e objetivos da pesquisa, apresentando os principais achados e as considerações finais do trabalho.

## 2. COMO UMA PARTEIRA FOI PARIDA PELA VIDA

"Eu vim do ventre da minha mãe,
Ela me deu semente boa
Nutriu meu corpo, espalhou bênçãos
Sou plantadeira de semente boa!"

O canto reproduzido acima é uma estrofe poética que tem acompanhado trabalhos de rodas terapêuticas dedicadas a mulheres em período de gestação, puerpério e amamentação. É de autoria desconhecida e remonta as cantigas de ciranda e outras brincadeiras e rituais populares. Como ocorre em muitos desses contextos tradicionais, escolho esse canto para abrir este capítulo, pois ele representa o reconhecimento da ancestralidade que me acompanha, manifestada aqui por meio da reverência ao "ventre de minha mãe". É primeiramente honrando a todas as mulheres que vieram antes de mim e às forças que me sustentam na espiritualidade que a trajetória íntima e pessoal pela qual me tornei parteira pode ser contada.

Como ressaltei anteriormente, o tema escolhido para pesquisar geralmente é motivado por interesses subjetivos com algum sentido na trajetória de vida da pessoa que pesquisa, pois, ele sempre conta um pouco da história e daquilo que importa na vida dos pesquisadores.. Nesse sentido, o tema sobre o qual venho me debruçando durante esses anos no Doutorado esteve presente em minha caminhada em vários sentidos e circunstâncias. Para revelar esses sentidos contarei aqui vários momentos de vida, acontecimentos e encontros com pessoas que foram determinantes, começando pelo desejo de ser parteira, passando pela minha formação acadêmica até a minha atuação profissional.

### 2.1 Memórias de uma infância de quintal

Sou a primeira filha, de Dona Biza e Seu João (*in memoriam*) que constituíram uma família com sete filhos no espaço rural da Bahia: Jequié, localizada no sudoeste do estado, conhecida como o "Portal do Sertão". O desejo de ser parteira surgiu na infância, a partir do encantamento nascido da observação dos saberes e fazeres da parteira, Dona Zezé, que passava a cada dois anos em minha casa para ajudar minha mãe durante o nascimento dos 6 (seis) irmãos que me sucederam. Nos dizeres de minha mãe era "um ano de barriga cheia, o outro ano vazia". Guardo as primeiras memórias desses momentos a partir, aproximadamente, dos cinco anos de idade. No lugar de filha primogénita, era convidada a colaborar nos afazeres singulares com a chegada da "*cegonha*", que sobrevoava meu lar. Aqueles tempos deixaram marcas indeléveis, aromas e sensações que subjetivamente marcaram minha infância e influenciaram a escolha pelo campo do cuidado.

Dona Zezé morava na zona rural de Jequié, era uma senhora negra, agricultora, com cerca de 60 a 70 anos, pequena em estatura, muito discreta nos modos de falar baixo. Plantava mandioca, fazia farinha e a vendia na feira da cidade. Tinha vários filhos já adultos e era procurada na região para auxiliar as mulheres em trabalho de parto. Chegava com sua sandália de couro cruzada na frente e passadas leves. Devota de Nossa Senhora do Bom Parto e Nossa Senhora da Conceição, sua presença era envolta em misticismo e tranquilidade. Dona Zezé possuía uma aura que na minha compreensão seria semelhante com o que hoje chamaria de entidade ancestral, com sua fé contagiante e aroma de folhas cheirosas. Apesar de se vestir como uma senhora, tinha um corpo rígido, cheio de vitalidade e graça, mas, seu andar era silencioso e discreto.

Seu cabelo era crespo e trançado, arrematado com um grampo do tipo pente. Depois que chegava em casa, colocava um pano branco na cabeça, como costumam fazer as mulheres da roça, um pano simples amarrado na nuca. Ela trazia uma grande mala de couro, na qual carregava muitos panos brancos (panos de fralda, lenço de cabeça e outros), um grande rosário (terço) com pedras grossas, alguns vidrinhos marrons com líquidos que não sei dizer o que continham, algumas bacias pequenas esmaltadas de ágata e suas folhas.

Quando a parteira visitava a minha família, a casa se transformava: a agitação cotidiana era permeada de mais silêncio, as panelas evaporavam sobre o fogão de lenha, nas fervuras preparatórias com água para esterilizar, água com folhas de algodão e mentrasto para chás e banhos de assento. O caldeirão de folhas incensava a casa, preenchendo-a de aromas. Dona Zezé tinha fazeres de rezadeira e costumava também "passar" algumas folhas na barriga de minha mãe (como um benzimento). Ela se mantinha sempre em oração com o Rosário de Nossa Senhora. Esses movimentos que transformavam a vida da casa eram como um concerto

de espera, marcando o ritual do parto e nascimento em família.

Como menina agitada e traquina que fui, não me contentava a esperar resignadamente, a curiosidade me tomava. Pelas frestas das portas, procurava escapar da vigilância dos adultos e via minha mãe gemendo, por vezes reclamando das recomendações da parteira, para ficar de cócoras, por exemplo. A presença de D. Zezé trazia segurança e conforto para a família. Do lado de fora do quarto, mas com os ouvidos atentos, construí nessa vivência o desejo de ser parteira, discreta e sensível ao sofrimento das dores do parto.

Minha família materna tem origem em Apuarema, localidade que fica cerca de 60 quilômetros de Jequié. Na época, ficava há um dia de viagem no lombo de animais de carga. Meus avós, mãe Juca e vô Hemetério, tiveram 16 filhos e filhas que, aos poucos, foram migrando para Jequié, em busca de estudos, para proporcionar melhores condições de vida. A cultura de família numerosa era muito forte e talvez por isso meu avô não comprou uma casa na cidade de Jequié, mas preferiu manter a família em um sítio, dentro da própria cidade, com um extenso quintal de aproximadamente um hectare, na região conhecida como "Jequiezinho". Vovô optou por agregar-se ao sítio de tio Aquilino, com 3 casas já prontas e construiu mais 2 para abrigar toda a família, incluindo suas filhas já casadas: tia Lolô, tia Dida e meus pais.

Durante a infância, convivi alguns anos no sítio dos meus avós,com minhas tias maternas, primos e primas. Cresci brincando com as primas no pomar do sítio de tio Aquilino e assistindo a lida das mulheres da família que cuidavam de todas com dedicação e alegria e as celebrações próprias de cada visita que recebíamos da "cegonha". Para Michelle Perrot (1989):

> (...) os modos de registro das mulheres estão ligados à sua condição, ao seu lugar na família e na sociedade. O mesmo ocorre com seu modo de rememoração, da montagem propriamente dita do teatro da memória. Pela força das circunstâncias pelo menos para as mulheres de antigamente, e pelo que resta de antigamente nas mulheres de hoje é uma memória do privado, voltada para a família e o íntimo, os quais elas foram de alguma forma delegadas por convenção e posição (PERROT, 1989, p.15).

Quando um bebê nascia, o nascimento era celebrado. A vizinhança imediatamente ia conferir o evento e provar da "temperada", ou "meladinha" como era chamada em alguns locais. Feita com antecedência, durante a gestação, a bebida levava cachaça e muitas ervas (erva doce, losna, manjericão, alecrim, entre outras), passava um tempo curando debaixo da terra e era desenterrada cerca de uma semana antes do parto, para então preencher as licoreiras. Os frangos eram com antecedência "engordados" no quintal para na ocasião dos

nascimentos serem servidos acompanhando o famoso “pirão de parida”. Era uma festa! Os vizinhos traziam presentes, como: roupinhas bordadas para o bebê, biscoitos de goma, bolos, mel e milho, todos elementos culturais da região.

Acredito que, assim como essa vontade de ser parteira nasceu na infância, algumas habilidades do partejar nasceram nos quintais, com as primas, cuidando de bonecas paridas e bebês que não paravam de chorar. São histórias do arco da velha, porque lá se vão meio século cuidando de mulheres na vida real e mulheres imaginadas que tomavam vida por meio das bonecas. Comecei atuando nos quintais, nos sítios e em todos espaços onde as brincadeiras ganhavam vida e sentido, com os bebês trazendo alegria e esperança para as famílias.

As famílias constroem e negociam os significados dos cuidados de modo cultural, porque é a cultura quem determina como os modos e as práticas do cuidado à saúde são regidos e operados no cotidiano. Os estudos de Gutierrez e Minayo (2007) apontam a mulher como figura que na história do Brasil e do mundo está no centro do cuidado. O pressuposto de que o cuidado é um fenômeno de natureza feminina é um construto social tomado socialmente como instintivo e natural. A relação mulher-cuidado assume um lugar de naturalidade exatamente por se tratar de fazeres pertencentes à esfera dos trabalhos do âmbito familiar, porque o cotidiano se apresenta como campo da intimidade e confiança, da familiaridade e do cuidado como atribuição feminina.

Assim as mulheres de minha geração se tornaram responsáveis pelo bem-estar da família e pelos cuidados de crianças, doentes e idosos. Uma construção social delineada pelo estado e igreja com o discurso higienista da importância da família e do lugar da mulher. Precisamos reconhecer, como afirma sinteticamente Simone de Beauvoir (1980) “Não se nasce mulher, torna-se mulher”. No entanto, é nesse reconhecimento que fui também socializada, com o feminino construído lado a lado com os cuidados domésticos e familiares. O correr da vida traria inúmeros enfrentamentos a esses “encaixes” dados pela cultura patriarcal e nesse sentido, cresci mantendo um tanto da menina traquina que não se contenta com o lugar de resignação dado ou imposto a ela.

## 2.2 Encontros e desencontros na vida íntima, na jornada acadêmica e profissional

“Por ser de lá
Do sertão, lá do cerrado
Lá do interior do mato
Da caatinga do roçado
Eu quase não saio

Eu quase não tenho amigos
Eu quase que não consigo
Ficar na cidade sem viver contrariada”
(Trecho adaptado de “Lamento Sertanejo”, composição de Gilberto Gil e José Domingos)

Por ter nascido em família de parcos recursos materiais, sendo meu pai agricultor e pequeno comerciante de fumo e minha mãe doceira e dona de casa, a educação foi desde muito cedo defendida como fundamental para melhorar o padrão de vida familiar. Meus pais dispunham de pouco estudo, primeiro grau incompleto, mas tiveram a sabedoria de incentivar os filhos no propósito de alcançar uma formação profissional como estratégia para conquistar um lugar no mercado profissional.

Depois de uma infância de quintal, a adolescência não foi um período fácil, carregando com muitos tensionamentos em torno dos dilemas de uma jovem inquieta vivenciando várias encruzilhadas e transições: da ruralidade para a urbanidade; da cultura popular para a cultura hegemônica, institucional e “oficial” de tradições autoritárias para a busca de novas referências. Enfrentei muitos conflitos familiares por ser uma jovem que buscava sua autonomia afetiva e psíquica, ao mesmo tempo que um novo lugar social. Nesse sentido, creio que vivi uma adolescência “sob suspeita”, sofrendo punições por aquilo que a família entendia como inadequado ou rebeldia.

Por conta do propósito de buscar o “estudo” e por conflitos familiares, saí daquele interior da Bahia, em 1973, com 16 anos, e fui morar em Salvador para cursar o terceiro ano do curso científico, a fim de me preparar para o concurso vestibular. Chegando à capital, comecei a trabalhar para custear as despesas escolares, de moradia e transporte. Inicialmente, consegui um emprego como secretária no Lobato, bairro do Subúrbio Ferroviário de Salvador, na Sociedade Algodoeira do Nordeste Brasileiro (SANBRA).

Naquele ano, tive a primeira experiência de aproximação com as condições sociais da periferia desta metrópole. O contato com esta realidade despertou a consciência de que embora eu fizesse parte da classe social desfavorecida, no interior da Bahia, estivera protegida até então, pela família e por uma rede social solidária. Considero que no interior, pelo menos daquela época, a população preservava por mais tempo o sentido de comunidade através da rede de solidariedade para apoiar-se frente às diversidades oriundas dos problemas de uma classe desfavorecida. A realidade da capital era muito diferente.

Quando chegou o tempo de prestar o exame de vestibular, não houve nenhuma dúvida sobre qual profissão escolher, porque já havia introjetado que havia nascido com o "dom de

cuidadora" e iria escolher cuidar de mulheres e bebês durante o parto, porque me encantava ver a parteira cuidando de minha mãe e de minhas tias. Assim, nasceu a decisão pelo Curso de Enfermagem, aquele que para mim, mais se aproximava da linha do “cuidado”.

O cuidado constitui um processo de interação dinâmico, intuitivo e criativo que envolve o ser humano em suas dimensões emocionais e espirituais numa abordagem relacional através do envolvimento e da atitude terapêutica (WALDOW,1995). Posteriormente, a partir dos estudos sobre a profissão, consegui compreender que o cuidado é um elemento de recorte do gênero, constituindo uma construção social determinante das profissões na área de saúde. Fato é que não tinha a menor ideia da diferença entre as atuações da enfermeira e da parteira: a parteira que eu admirava era tradicional, sem formação acadêmica e a formação da enfermeira era acadêmica, formal, muito diferente do que imaginava.

Fui aprovada nos vestibulares da Universidade Católica do Salvador (UCSAL) e na Universidade Federal da Bahia (UFBA), mas precisei optar pela primeira porque era oferecido em um turno que me possibilitava trabalhar para custear minhas despesas. Ingressei em 1977 na universidade, concretizando um sonho pessoal e familiar.Neste ano outros dois acontecimentos mudariam minha vida: me casei, engravidei e tive um casal de gêmeos, tendo, portanto que atuar em três papéis importantes e simultâneos, em ambientes distintos: na família, como esposa e mãe, na SANBRA como secretária e na universidade como acadêmica.

Sobre a gestação e o parto, é necessário revelar algumas memórias fortes e dolorosas. Cabe narrar um pouco sobre o processo no qual transita o parto que pariu uma mãe e a busca por uma parteria amorosa. Tal evento, na linha do tempo de minha vida,mas também de uma geração de mulheres, marcou definitivamente a percepção sobre as mudanças geracionais do gestar e parir, em diferentes espaços, tempos e modelos de assistência.

A memória dos partos de minha mãe, narrada a partir da infância, e minhas memórias em nada se comparam.Meu parto, além de ter acontecido em nível institucional, também foi recheado de intervenções e inadequações inerentes ao processo da ciência dita “moderna”, com seus protocolos e rotinas, que tiram da mulher sua força e identidade, para dar lugar ao médico que controla esse evento, porque não confia na força e na capacidade da mulherde parir, como resultado também de sua formação num modelo hegemônica.

Engravidei aos 21 anos, cursando faculdade e enfrentei todas as adversidades que qualquer mulher pobre e pouco informada sofre quando associa gestação, continuidade de

estudar (no caso, faculdade) e trabalho. Fiz todo o acompanhamento pré-natal na Maternidade Climério de Oliveira, em Salvador. Além do pré-natal, fiz um curso de preparação para o parto normal em um Instituto de Yoga particular que envolvia posturas de yoga e técnicas de respiração para redução das tensões.

Até o 8º mês de gestação, o médico pré-natalista não havia identificado que minha gestação era gemelar. Essa constatação somente foi feita pela médica obstetra que estava de plantão na noite em que entrei em trabalho de parto ainda no 8º mês. Ela realizou a admissão na maternidade do Hospital Santa Izabel informou logo, de supetão: "Você vai para uma cesárea". Era o auge da cesárea na Bahia (década de 1970), a cirurgia estava em ascensão vertiginosa, sendo a indicação da mesma para mim, atribuída à gemelaridade.

Nesse instante tive uma atitude reativa, me recusei a aceitar a cirurgia e então, "criei um problema", pois, obviamente minha recusa não foi aceita pela instituição. Fui extremamente desrespeitada por toda equipe médica e de enfermagem, porque me recusava a ir para o centro cirúrgico. Havia chegado na maternidade às 21 horas do sábado, e somente conseguiram me convencer pela cesárea no domingo às 15 horas. O motivo de minha resistência estava vinculado à memória que tinha de partos e nascimentos com a mulher sendo cuidada e amparada dentro de sua casa e de seus costumes. Essa experiência do parto foi muito dolorosa em razão da solidão que enfrentei por me encontrar longe da família, que se encontravam no interior. Um dos motivos que naquele momento me causou indignação, e vejo se repetir nas práticas que acompanho, e nos relatos de parto que ouço que terminaram em cesariana, é o fato da equipe médica apenas "comandar" a ida ao centro cirúrgico, não explicando a razão e a real necessidade do procedimento.

A cesárea que sofri já foi relatada, sendo objeto de intervenção, em dezenas de sessões de terapia e rituais, mas ela continua dentro de mim, sendo processada há 43 anos. A cada mulher que assisto, procuro aproveitar a ocitocina produzida coletivamente para buscar minha cura. Nesta linha do tempo, existem diferenças cruciais para mim entre os "partos paridos" e dos "partos cortados". Para muitas das mulheres que passam pelos "partos cortados" esse corte permanece cortando suas barrigas, a relação com seus bebês e seus corações, pois desejaram um parto natural, mas foram convencidas de que não deveriam correr esse "risco". Entretanto, como veremos mais adiante, para muitas mulheres o risco é construído para fragilizá-las e exercer um "pseudo" controle sobre os fenômenos da encruzilhada entre o biológico e o social do corpo das mulheres, tudo em nome da "Ciência Moderna".

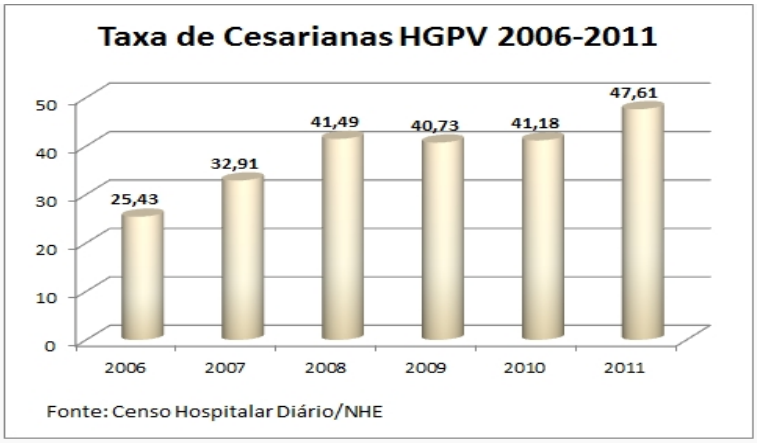
Durante os cinco anos do curso de graduação em Enfermagem, nenhuma professora abriu debate sobre o lugar da enfermeira que presta assistência a mulher e ao bebê por ocasião

do parto e nascimento. Quando conclui o curso retornei à Jequié para trabalhar na maternidade recém-inaugurada, iniciando, em 1983, minha trajetória de enfermeira na Maternidade do Hospital Prado Valadares para atuar e aprender com as Parteiras hospitalares: Dona Iva, Dona Socorro e Dona Lourdes, minhas primeiras mestras na prática do partejar.

Durante os quatro anos que estive nesta maternidade atuando junto com essas Parteiras nunca ouvi a palavra risco e nunca senti medo nos olhos das mulheres que choravam e gemiam durante o período expulsivo, protagonizando cenas que não eram associadas ao medo e sofrimento, porque as Parteiras e enfermeiras estavam ali, e quando identificávamos alguma intercorrência, o médico era chamado para reavaliar a parturiente. Naquela maternidade, a autonomia das Parteiras e das enfermeiras otimizava a assistência, em um período no qual as intervenções ainda não haviam sido introduzidas, além de não haver médicos obstetras suficientes na cidade para compor a equipe. Eles trabalhavam à distância e só compareciam na maternidade quando chamados.

Embora houvesse muita insatisfação por falta de profissionais médicos para integrar as equipes, somente muito tempo depois foi possível compreender que a assistência mantida por enfermeiras e Parteiras no hospital, justificava uma taxa de cesárea menor que 25% aproximadamente com base nas memórias de trabalho na maternidade em um hospital regional que atendia todos os casos de complicações dos 27 municípios da região, alcançando uma média de 1000 partos por ano, o que representa uma performance admirável. Os dados oficiais disponibilizados por meio do DATASUS têm como ano inicial 1994 e apontam a taxa de cesarianas em Jequié de cerca de 22,9% dos partos (SINASC). Segundo informações publicadas no *site* do Governo do Estado da Bahia, que apresenta os indicadores de saúde do HGPV, há um aumento da taxa de cesarianas desde 2006 (Gráfico 1).

**Gráfico 1-** Taxa de Cesariana HGPV 2006-2011




A Taxa de Cesariana é o percentual de partos cirúrgico em relação ao total de partos realizados no hospital em um determinado período. A taxa observada no gráfico é considerada alta, entretanto isto ocorre pelo motivo do HGPV ser um hospital de referência regional para partos de risco não habitual.

Fonte: http://www2.saude.ba.gov.br/hgpv/indicadores.htm, acesso em: 05 jun. de 2020

Como relatei anteriormente, não houve nenhuma cisão entre o término do curso e o início da minha trajetória profissional. Ocorreu tudo de um jeito muito natural e minha atuação como enfermeira na maternidade de Jequié teve o apoio e a cumplicidade das Parteiras hospitalares que me acolheram lindamente e me introduziram no campo da assistência ao parto com toda solidariedade feminina que o parto suscita.A partir dessa experiência com as Parteiras, elas em geral, as Parteiras e a parteria[3] passaram a participar da minha trajetória profissional.

A experiência de assistir aos partos na maternidade me possibilitou prestar seleção para ministrar a disciplina Enfermagem em Saúde da Mulher na Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), o que determinou minha liberação para realizar o curso de especialização em Enfermagem Obstétrica em São Paulo.Informada de que a Escola Paulista de Medicina oferecia um curso de especialização em enfermagem obstétrica de 16:00 h, me interessei em prestar a seleção. E em fevereiro de 1988 comecei a frequentar o curso. A decisão de ir morar em São Paulo teve motivação profissional.

Os desafios eram muitos, a começar pelo clima. Imaginem sair de Jequié, “cidade do sol”, com uma temperatura média no verão de 38 graus, e enfrentar São Paulo com 20 graus durante o dia e 10 graus a noite? Para além das dificuldades de adaptação com o clima, com os filhos pequenos (eles tinham 10 anos) ainda tive que enfrentar o preconceito do corpo docente daquela Instituição. Precisei passar muitos anos para ter a coragem de pensar e

[3]O termo parteria aqui está relacionado à arte de partejar, buscando referências nos saberes e fazeres ancestrais das *Parteiras Tradicionais*. É um conceito que vem sendo utilizado com mais frequência no Brasil a partir do movimento de humanização do parto e utiliza de forma aportuguesada o termo original da língua espanhola “partería”.

processar os comentários preconceituosos que os professores faziam a respeito do Nordeste, a exemplo o fato de não se referirem nunca a mim pelo meu nome, e sim pela minha regionalidade, “a Baiana”.

Fiquei 10 anos estudando e, ao mesmo tempo, trabalhando no campo da assistência. Atuei em espaços e ambientes distintos,como: na Maternidade Matarazzo, de natureza privada, atuava com obstetrizes e médicos obstetras em regime de sobreaviso (compareciam apenas quando chamados). Naquela instituição a clientela era classe média alta. Atuei também como enfermeira obstetra em outras três maternidades vinculadas ao SUS.

## 2.3 Reencontrando sentidos do parto

Após investir na formação em enfermagem obstétrica e atuar profissionalmente no campo por mais de 10 anos, no modelo hospitalocêntrico baseado em técnicas e intervenções, de um lado me encontrava realizada, de outro ainda ansiava por algum encontro que me remetesse às referências de parto familiares (no domicílio, com Parteiras, cercado de cuidados afetivos, pessoas conhecidas e um clima íntimo).

Acreditando que a via acadêmica pudesse dar respostas às minhas inquietações a respeito das lacunas e inadequações no campo da assistência ao parto, continuei buscando me qualificar e ingressei no programa de mestrado da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo. Realizei o mestrado acadêmico e defendi dissertação com o tema de pesquisa “O direito da mulher à saúde”, no contexto de legitimação e efervescência dos direitos e no momento de redemocratização do país, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual o debate em torno dos direitos fundamentais, incluindo a saúde, estava no cerne.

Contudo, as respostas às minhas inquietações não vieram pela via acadêmica.Desde criança, meus ouvidos estiveram atentos às histórias de parto que se dividiam em duas possibilidades: os partos que ocorriam no domicílio da mulher e aqueles que eram realizados nas maternidades e hospitais. Os partos domiciliares eram situados num cenário familiar e afetivo com presença de Parteiras e eram envolvidos numa mística de fé e resignação. Para além de expulsar de si o corpo do novo ser que nascia, a mulher era sempre capaz de parir. Essas histórias de partos domiciliares inspiravam sentimentos de força, união, solidariedade e bem- estar familiar.

Nos partos hospitalares, entretanto, as histórias eram vinculadas a processos difíceis, e associadas a presença do médico que acreditava na incapacidade ou fragilidade da mulher dar

conta do processo. O contexto do parto hospitalar onde a mulher e o bebê representam papel coadjuvante me parecia contraditório. Como poderia se escolher um local tão estranho a seus costumes para dar à luz? Para optar por uma atenção mais saudável para a mulher e o bebê seria necessário garantir o parto não institucionalizado.

A grande mudança da minha trajetória profissional ocorreu quando conheci a parteira alemã Ângela Gherke, em um evento organizado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em junho de 1996, o I Seminário sobre Nascimento e Parto do Estado de São Paulo, cujo tema era "O resgate da qualidade na assistência ao nascimento e parto", que aconteceu no auditório do Instituto Dante Pazzanese.

Nascida e formada na Alemanha, a parteira chegou ao Brasil em 1983 para trabalhar na área de saúde da Associação Comunitária Monte Azul e logo passou a se dedicar ao acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto das mulheres da favela Monte Azul, na zona Sul de São Paulo. Inspirada em sua formação com o médico obstetra francês Frederick Leboyer e comovida com a falta de acesso das mulheres da comunidade a serviços de saúde adequados, Ângela passou a oferecer assistência ao parto e ao nascimento no ambulatório da Associação Comunitária Monte Azul, mais tarde originando a Casa de Parto Monte Azul, experiência pioneira no país em direção ao modelo de assistência obstétrica humanizada.

Naquele evento intuía que alguma coisa iria acontecer, porque o debate sobre essa temática estava sendo ventilado em vários espaços e divulgado em vários instrumentos de comunicação, especialmente pela imprensa escrita, a exemplo da Folha de São Paulo e outras revistas semanais. Naquela ocasião, a “Humanização da Assistência” era um termo novo, com poucos subsídios teóricos para sustentar caminhos alternativos, mas os problemas decorrentes da falta de assistência configuravam uma situação alarmante para as mulheres, profissionais e o sistema de saúde.

Para este evento, foram convidados pesquisadores internacionais desta área a exemplo de Dr. Gérard Bréart, do *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*, para apresentar sua experiência com a implantação da assistência perinatal em seu país, e a médica holandesa Dra. Eldine Oosterberg para apresentar a experiência da Holanda, além de muitos brasileiros tais como: Ângela Gherke, parteira, Daphne Rattner, médica epidemiologista e coordenadora da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento ReHuNA, Dr. Hugo Sabatinni, professor da UNICAMP e ativista da humanização.

Dr. Bréart apresentou os resultados da pesquisa francesa, com dados assustadores das cesáreas iatrogênicas, enquanto a Dra. Eldine apresentou o sucesso dos partos domiciliares

realizados por Parteiras que respeitam as mulheres e seus bebês a partir do domínio da fisiologia do parto no contexto holandês.

Ao final do evento, depois de três dias ouvindo excelentes apresentações dos convidados internacionais e nacionais sobre a situação da Assistência ao Parto no Brasil e em outros países, Dr. Gilberto Moreira, coordenador da Área Técnica de Saúde da Mulher de Santos, estava apresentando um projeto de humanização para o seu município e ao final fez uma deferência para a parteira Ângela, destacando o seu trabalho como sendo já reconhecido por profissionais desta área.

O médico a convidou para subir ao palco e contar um pouco de sua experiência como parteira atuando numa casa de parto na periferia da zona sul de São Paulo. Ângela subiu ao palco e contou um pouco de sua formação na Alemanha, do papel da parteira desde a gestação até o pós-parto e mencionou o médico Frederick Leboyer, que escreveu o livro "Nascer Sorrindo", como um grande influenciador em sua prática de parteira na Alemanha, país onde a parteira tem total autonomia para atender sozinha o parto e indicar quando o médico deve ser chamado a entrar na equipe.

A fala de Ângela, emocionou todo o público, porque veio carregada de emoção e verdade. A parteira concluiu o Seminário desejando: "Que sejam criadas as condições para que os partos de baixo risco sejam realizados fora do ambiente hospitalar por profissionais capacitados em unidades de saúde e em casas de parto", e naquele momento senti que havia abertura para um novo caminho.

Ângela, formada em escola de Parteiras na Alemanha não entendia o sistema de ensino de Parteiras no Brasil. Ela fazia sérias críticas à formação de enfermeiras obstetras no país. Sua opinião fazia muito sentido, especialmente, para mim que tive essa formação, cinco anos de graduação na enfermagem e no final mais dois anos para a especialização, onde o conteúdo programático é completamente voltado para técnicas de intervenção e patologias. O seu questionamento era pertinente: como, após sete anos de formação, a enfermeira obstetra não seria capaz de prestar assistência ao parto sozinha?

Pouco tempo depois de conhecer Ângela, passei a frequentar a Casa de Parto coordenada por ela no Jardim Monte Azul, na condição de Aprendiz de Parteira. Nesta condição de aprendiz passei a conhecer o modelo humanista de assistência. Este modelo tem como princípio básico o equilíbrio e a conexão, entendendo o indivíduo integralmente como uma unidade corpo-mente, baseia-se na informação, responsabilidade e tomada de decisões entre profissional e paciente, busca um cuidado orientado pela compaixão (DAVIS-FLOYD, 2001).

Quando acompanhei pela primeira vez Ângela assistindo a um parto, pude experienciar, depois de 10 anos partejando, o parto como experiência mística. O ambiente que ela preparou para o parto era acolhedor. Sob penumbra, sem qualquer tipo de ruído. Apenas olhares, gestos e silêncio. Um silêncio solene. Nascia o bebê e a parteira o segurava e o entregava delicadamente à mãe, ainda ligado à placenta pelo cordão umbilical. Pela primeira vez vi o parto como experiência humana profunda que congrega os eventos mais temidos pela humanidade: a vida, a morte e a sexualidade. Com Ângela o parto era carregado de emoção, mesmo quando a emoção se originava no medo do desconhecido, daquilo que não é possível controlar, que é a natureza e a existência.

O nascimento nos coloca face a face com a existência de maneira nua e crua, porque quando o bebê está ali parado no canal rodando para sair acontece um movimento de vai e vem, com a cabeça coroando no ritmo das contrações e ali, o tempo pára. É o derradeiro véu que separa as duas existências: a vida intra-uterina e a chegada ao planeta.

Somente uma parteira como Ângela, com sua potência espiritual, poderia me iniciar nesta prática de parteria. Foi ali, naquele momento, no primeiro parto com ela, que passei pelo portal para dar o salto existencial entre a ciência "moderna" e a tradição. A partir daquela vivência sabia que não seria mais a mesma profissional, porque ali presenciei a magnitude e a beleza de um parto e um nascimento assistido por uma parteira que vivia conectada com o mistério da vida ao mesmo tempo que estava embasada nas mais atualizadas evidências científicas. Sem impor, sem comandar, Ângela entrava no cenário do parto tão levemente que o mistério desse evento se fazia sublime. E foi a partir desse ritual de iniciação no campo da parteria que passei a frequentar o ambulatório do Jardim Monte Azul, para aprender com a mestra os princípios fundamentais da arte de partejar.

Quando a questionava sobre sua conduta na assistência ao parto, ela respondia que sempre seguiu as recomendações da Organização Mundial de Saúde(OMS) publicadas em 1985 e reeditadas em 1996 pela *Care in Normal Birth- a practical guide*, já traduzida ao português e distribuída pelo MS à profissionais e serviços de saúde de todo país (no ano de 2000, em outra versão atualizada, como parte dos investimentos na qualificação da assistência ao parto no Brasil).

Para a Dra. Daphne Rattner, organizadora do Livro "A parteira do Monte Azul" (DA SILVA, 2010), a maior contribuição de Ângela em favor do movimento pela melhoria da atenção ao parto no Brasil foi demonstrar que a assistência ao parto normal pode e deve ser realizada por Parteiras independentemente de onde ela ocorra, seja em domicílio ou casa de parto. A participação de Ângela nos debates sobre as mudanças ocorreu de várias formas

criativas e uma delas foi através de sua contribuição junto ao Grupo de estudos sobre nascimento e parto das Secretaria de Saúde de São Paulo(GENP) onde as reuniões aconteciam para discutir e articular as ações para promover as mudanças necessárias no campo da assistência.

O trabalho de Ângela começou a assumir uma dimensão maior, em 1996, quando começou a dar entrevista a jornais e canais de TV contando sobre sua atuação na Casa de Parto da Comunidade Monte Azul. Foi convidada pelo Ministério da Saúde – por meio da então "Área Técnica de Saúde da Mulher", para integrar a Comissão Julgadora do Prêmio Galba de Araújo, instituido para reconhecer os esforços desenvolvidos pelos profissionais da saúde nas instituições públicas e privadas na luta constante pelo desenvolvimento de práticas inovadoras voltadas para a humanização da atenção à mulher e ao recém-nascido,em sua primeira edição para o estado de São Paulo e suas contribuições foram fundamentais para o êxito dessa ação que se estendeu no ano seguinte para todo território nacional.

À medida que seu trabalho ia ganhando maior visibilidade, ela aumentava o desejo de realizar seu grande sonho de ampliar sua Casa de Parto, uma vez que seu atendimento acontecia no ambulatório Monte Azul, em dois consultórios que ela nomeava como Casa de Parto. E assim ela fez, juntou os moradores da comunidade, pediu apoio aos amigos e simpatizantes do parto normal e seis meses depois estava pronta a Casa de Parto Ângela inaugurada em dezembro de 1998.

O Secretário de Saúde do Estado, Dr. Davi Capistrano da Costa Filho, a convite da parteira, compareceu a Casa de Parto e ficou tão encantado com aquela proposta que se sentiu motivado para construir a primeira casa de parto do Sistema Único de Saúde. Essa proposta foi levada ao então Ministro da Saúde, José Serra, e acabou virando uma política pública, com a publicação da portaria GM nº 985 de 05 de agosto de 1999.

Precisei circular em espaços diversos do campo da assistência para compreender, porque sempre fui considerada como diferente. Durante o período em que atuei na maternidade de Jequié, as Parteiras da maternidade me consideravam diferente das outras enfermeiras. Quando fui realizar o curso de especialização na Escola Paulista, a comunidade acadêmica também me identificou como "a parteira da Bahia", era considerada bem diferente das outras colegas da pós-graduação, oriundas de muitos estados do Brasil, especialmente da região sudeste.

Atuando em maternidades públicas e privada em São Paulo, tive a oportunidade de conviver com as obstetrizes formadas na Escola de Medicina da Universidade de São Paulo ( USP)e elas também me consideravam diferente das outras enfermeiras obstetras. Quando

iniciei o estágio com Ângela, ela também não conseguiu me enquadrar no perfil das enfermeiras e nem no perfil de Parteiras. Era chegada a hora de refletir e estudar para compreender o que havia de diferente em minha formação ou em mim mesma.

A trajetória vivenciada nos campos de assistência tão distintos, me instigou uma reflexão profunda sobre o meu perfil profissional, produzindo vários desdobramentos que resultaram no desejo de ampliar o conhecimento a respeito dos vários sentidos, que o campo da assistência ao parto convida a adentrar.

Até 1996, não conhecia o modelo humanista, embora praticasse esse modelo aprendido com as Parteiras hospitalares de Jequié, mas não dispunha dos suportes teóricos para compreender seus sentidos. Nem o próprio curso de especialização de 16:00h na Escola Paulista de Medicina ofereceu evidências científicas sobre a complexidade desses campos assistenciais.

Somente depois de conhecer o trabalho de Ângela e participar de muitos debates sobre este campo de assistência pude identificar quais diferenças viviam dentro de mim. Transitei por décadas entre a figura da parteira tradicional que assistia minha mãe e minhas tias, estudei em escolas onde o aparato tecnológico era a espinha dorsal do modelo assistencial preconizado.Depois me encantei com a prática desenvolvida por uma parteira, que embora não fosse tradicional, porque teve uma formação técnica de qualidade, tinha valores humanitários, mas também adotava as evidências científicas, ela detinha um cabedal de conhecimentos extraordinários.

No final da década de 1990 me aproximei dos debates sobre o campo da assistência ao parto e mais particularmente com os atores sociais que lideravam os debates do movimento pela humanização do parto. Participei de muitos eventos e reuniões para organização da I Conferência Internacional do Parto e Nascimento, que ocorreu em Fortaleza em 2000, com apoio da OMS, MS e *Japan International Cooperation Agency*(JICA)(Agência de Cooperação Internacional do Japão). Foi a primeira visita de Michel Odent ao Brasil, obstetra francês, percursor do movimento de Humanização do Parto na Europa e defensor da participação da parteira na assistência ao parto normal.

Esta Conferência representou um divisor de águas para o movimento de humanização, porque as discussões e os debates resultaram na Carta de Fortaleza, documento resultado da I Conferência Internacional do Parto e Nascimento, que traz orientações e recomendações a favor das melhorias do cenário obstétrico nacional, contendo 20 recomendações para promover as mudanças necessárias, incluindo a elaboração de políticas públicas direcionadas à melhoria da atenção ao parto.

Dentre os argumentos apresentados para justificar as transformações que este grupo reivindicava, estavam os dados relativos a efetividade do modelo humanizado em países desenvolvidos como Japão, Holanda, Canadá e Inglaterra, que dispõem de atendimento domiciliar com obstetrizes e/ou enfermeiras obstetras. Os estudos de Moulin e Jucá (2002), no livro "Parindo um Mundo Novo", indicam através de dados epidemiológicos, a efetividade da assistência domiciliar realizada por Parteiras em partos de baixo risco.

Nesse movimento, ora participando dos debates com pesquisadores desta área de atenção à saúde reprodutiva, ora assistindo partos no Monte Azul com Ângela fui mergulhando neste lugar onde a liberação da ocitocina[4] funciona como o agente aglutinador. Fui iniciada no campo da humanização do parto de um jeito amoroso, respeitoso e comprometido com as mudanças necessárias.

Definitivamente as experiências acumuladas em São Paulo foram ampliadas para a Casa de Parto Ângela, a assistência domiciliar e o hospital escola. A estadia em São Paulo ampliou minha compreensão a respeito do contexto obstétrico, porque foram introduzidos a prática e os conhecimentos de outros modelos assistenciais que me conduziram a certeza de querer atuar no modelo humanista desenvolvido pelas *Parteiras Tradicionais*, obstetrizes e enfermeiras obstetras.

Dentre os desejos que Ângela nutria por conhecer o vasto território do Brasil, o maior interesse era conhecer a prática das *Parteiras Tradicionais* do norte e nordeste, porque ela não se identificava com as enfermeiras, se sentia diferente. E assim fizemos. Ela queria conhecer aquelas que aprendiam a arte de partejar por oralidade. Investigamos os eventos a partir da Associação de Parteiras Tradicionais do Amapá, região onde as redes dos serviços de saúde não desenvolveram a necessária capilaridade, como é a regra em grande parte da Amazônia. Naquele período histórico, existia um cenário polêmico a respeito do parto no Brasil. Uma das vertentes desse debate indicava a parteira tradicional como a profissional mais indicada para atender ao parto, porque de acordo com as defensoras dessa proposta, as Parteiras respaldam e protegem a cultura do parto normal.

O desejo de Ângela foi atendido em 1997, quando fomos para o Amapá para o I Encontro Nacional de Parteiras Tradicionais (Fotografia 1). O evento foi organizado pela Secretaria Estadual de Saúde com o apoio do Ministério da Saúde e da JICA (Agência Internacional de Saúde Materna) do Japão.

[4]A ocitocina é o hormônio do amor. É o hormônio que faz com que um indivíduo se sinta atraído por outro específico, que o deseje, que sinta vontade de ficar com ele, de estar próximo. Também é o hormônio da fidelidade, responsável pela capacidade de manutenção de um parceiro fixo.

**Fotografia 1-** Encontro Internacional de Parteiras do Amapá

Fonte: Acervo pessoal da autora

O evento promoveu muitos debates interessantes sobre o lugar da parteira tradicional no contexto desta região amazônica, com adversidades extremas. O debate sobre o lugar da parteira tradicional em diversos contextos foi bem polêmico,visto a participação de algumas enfermeiras e médicos no evento. O que tem de incomum entre as *Parteiras Tradicionais* e a enfermeira obstetra? Como se constrói a identificação profissional deste grupo?

Os estudos de Osava (1997) e Davis-Floyd (2001) indicam que a diferenciação entre esses grupos se dá através de paradigmas que governam e protegem a ciência. Existem uma espécie de negociação com outros saberes para definir e legitimar o lugar ocupado. E no caso especifico das enfermeiras obstetras tudo indica que estas se identificam com o grupo das enfermeiras.

No passado não tão distante assim, até finais do século XIX, quando as Parteiras se viam em situação difícil de parto prolongado por distócias, elas saíam em busca de outras Parteiras com mais experiência, para vir ajudar no parto e, somente quando todos os recursos haviam se esgotado, elas deliberavam pela presença de um cirurgião para fazer a embriotomia[5] (OSAVA, 1997).

Com a introdução do fórceps, os cuidados ao pé do leito da parturiente foram sendo substituídos por tecnologia e as Parteiras entraram em declínio para dar lugar a participação do médico a partir da expressão simbólica da luta entre o homem e a natureza e do controle do corpo da mulher. Assim nasceu o paradigma biomédico, intervencionista e cirúrgico, tendo a

[5]Intervenção cirúrgica por meio da qual se secciona um embrião dentro do organismo gerador, quando é impossível a extração total e de uma só vez.

obstetrícia nascido sob a tutela do cirurgião, com o médico assumindo o lugar de herói.

Com o afastamento das Parteiras do campo da assistência ao parto, esse nicho ficou vazio, porque ele nunca foi integralmente ocupado por enfermeiras obstetras, pois, o médico não lhe deixa ocupar esse espaço e nem tão pouco assume um lugar que ele não pode ocupar pelas próprias condições que as relações de gênero e do trabalho exigem.O trabalho do médico é modelador do trabalho de parto, porque, ele consegue transformar esse acontecimento num processo cirúrgico sob o argumento da segurança e da fragilidade da mulher.

Embora este Encontro de *Parteiras Tradicionais* no Amapá, fosse direcionado para Parteiras indígenas e "Parteiras das águas" participaram Parteiras de todo o Brasil e do continente da América do Sul, Estados Unidos e Europa. Ficamos uma semana no Amapá, e foi bem produtivo, porque, participamos de debates importantes para definição das políticas públicas de melhoria de atenção ao parto por *Parteiras Tradicionais*, denominado naquela região norte de Parteiras das águas. A região é composta por comunidades ribeirinhas onde o serviço de saúde não chega por falta de condições de acesso, restando, portanto, as mulheres o cuidado da parteira de sua comunidade. Fui sensibilizada com o eixo norteador do evento que tomou como eixo diretivo a preservação da parteira tradicional como parte da preservação do ecossistema.

A partir dessa participação nesse evento, me filiei à Associação de Parteiras e passei a acompanhar toda a programação das *Parteiras Tradicionais.* Entre 1980 e 2000 existiam duas ONGS sediadas em Pernambuco, a Curumim e a ONG Cais do Parto, que organizavam juntamente com a ReHuNa eventos que levantavam a bandeira de mudanças em favor da assistência ao parto normal com *Parteiras Tradicionais.*

Enfim, o período que permaneci em São Paulo, e mais especialmente, estar na companhia de Ângela, me possibilitou vivenciar as ações e as articulações que deram força, raiz e sentido para o Movimento de Humanização do Parto. As iniciativas para debater o cenário de assistência no Brasil ocorriam em espaços variados numa perspectiva democrática, porque aquele período reunia variáveis importantes para promover mudanças. A Constituição Federal acabava de ser aprovada, os movimentos sociais estavam fortalecidos com os direitos sociais conquistados e um segmento feminista robusto e cheio de propostas para o campo da atenção ao parto. Nesta perspectiva, arrisco afirmar que a minha inserção no modelo humanista se deu num contexto favorável às novas propostas nesta área de saber.

Dentre os muitos saberes adquiridos com as Parteiras alguns carecem ser elencados, pois justificam a escolha afetiva do objeto deste estudo. Destaco o conhecimento minucioso

da fisiologia do parto, suas virtudes de altruísmo, compaixão e respeito ás condições das mulheres e famílias das quais elas cuidam, o domínio e a apropriação do uso medicinal de plantas, raízes, ervas, essências e orações, mas também o uso mítico de crenças e espiritualidade e por fim, sua intimidade e respeito com o mistério que envolve o ritual do parto. Considero importante os saberes tradicionais como patrimônio cultural imaterial, porque as memórias coletivas constituem conhecimento ancestral associado à biodiversidade e pertencentes às comunidades tradicionais, dominadas por países que monopolizam, segundo Bertoldi (2014) 70% da flora, fauna e ecossistema do planeta.

O tempo de convivência com Ângela Gehrke foi de muito aprendizado. A formação de Ângela na Alemanha foi construída na Medicina Baseada em Evidência (MBE) com ênfase nos direitos das mulheres e do recém-nascido. Infelizmente a parteira, que considero uma de minhas mentoras, veio a falecer precocemente em 2000, vítima de câncer. Tive a honra de ser convidada pela ONG Monte Azul para organizar e publicar o livro ***A parteira do Monte Azul*** (2010) com texto produzido a partir do diário de campo de Ângela Gehrke contando histórias de vida das mulheres que ela atendia na favela. Em homenagem aos ensinamentos obtidos com a convivência, realizei essa missão com muita gratidão.

A partir dessa experiência e por reconhecer o aprendizado obtido com essa parteira, me apropriei do lugar de parteira e não mais de enfermeira obstetra como era até então. A justificativa para mudança de lugar decorre das transformações significativas que foram produzidas ao longo do tempo convivido com Ângela através da revisão dos conhecimentos obtidos durante o curso de especialização. Reconhecendo que minha pratica profissional foi ressignificada com a experiência da Casa de Parto Monte Azul, passei então a me reconhecer como uma parteira.

## 2.4 O retorno para a Bahia e a continuidade do caminho do partejar até o presente

Em 1996, retornei para Jequié com objetivo de devolver à UESB o aprendizado obtido ao longo do período que permaneci em São Paulo e para isso prestei novo concurso público, uma vez que me desliguei desta universidade em 1990, quando decidi permanecer em São Paulo para realizar o mestrado. Após aprovação em concurso público, ingressei como docente na graduação ministrando o componente curricular “Saúde da Mulher” e, posteriormente, a

Área de Saúde Coletiva do Departamento, desenvolvendo ações extensionistas em projetos de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Jequié.

Em maio de 1998, coordenei a comissão organizadora da I Conferência Municipal da Saúde da Mulher através de uma parceria da UESB com a Secretaria Municipal de Saúde. Essa conferência representou um marco histórico para a implementação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) naquele município.

Entendo que a experiência adquirida na participação em movimentos sociais em São Paulo foi agregada à docência através da implementação de espaços de Educação em Saúde, somadas às metodologias participativas das disciplinas que ministrei e continuo ministrando ao longo dos 30 anos de vida acadêmica. Incluo nessa trajetória, as ações desenvolvidas nos Projetos de Extensão que ainda coordeno e participo.

Durante os seis anos que permaneci na UESB colaborei com as mudanças do componente curricular Enfermagem em Saúde da Mulher, participei ativamente do processo de municipalização da saúde e coordenei o movimento em favor da humanização da assistência ao parto na região do Sudoeste da Bahia através da formação de enfermeiras obstétricas, da implantação do modelo de humanização de atenção ao parto em seis maternidades da região e da implantação do PAISM em seis município.

No período em que trabalhei na UESB implementei e coordenei o curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica com financiamento do MS formando três turmas, sendo uma do *campus* de Jequié e duas no *campus* de Vitória da Conquista. Em 2000, dei entrada em processo de transferência da UESB para a Universidade do Estado da Bahia (UNEB/Salvador), que se efetivou em 2002, após ter ingressado na mesma instituição por Concurso Público (Edital nº. 02/2002 e nomeação através da Portaria nº. 0987/2002), resultando em duas matrículas institucionais.

Em 2002, quando ingressei na UNEB, o panorama da saúde brasileiro debatia fervorosamente a Humanização da Assistência ao Parto. Surgiram muitos grupos de profissionais, pesquisadoras feministas, ativistas e técnicos guiados por novas perspectivas e enfoques. Dentre as novas tendências, surgiram grupos que defendiam os conhecimentos populares inspirados na sabedoria das *Parteiras Tradicionais* e outros que buscavam conjugar esses conhecimentos com a divulgação de informações sobre gestação e parto guiadas pela Medicina Baseada em Evidências (MBE), pelas recomendações da OMS e pelo MS.

Entre partos e Parteiras partejo há 37 anos em cenários diferentes, entre maternidades, casas de partos e domicílio com abordagens e modelos que a realidade permite, ora em condições mais favoráveis, ora menos favoráveis. Esse lugar de parteira me possibilitou

vivências ricas e singulares, porque abriu espaços de trocas que ampliaram e aprofundaram minha compreensão a respeito do parto enquanto fenômeno fisiológico da vida reprodutiva das mulheres.

No atendimento domiciliar construímos um vínculo com a mulher que além de forte, extrapola todas as limitações impostas pelos protocolos e rotinas institucionais do ambiente hospitalar. Mas, o lugar de docência me mantém presa à assistência hospitalar, porque, neste cenário as acadêmicas constroem o aprendizado sobre as habilidades necessárias à uma boa assistência à mulher no processo parturitivo. Nessa trajetória de parteira urbana, as experiências vão se somando e abrindo espaço de reflexão para ressignificar o campo da assistência numa perspectiva de acolhimento e respeito, dando voz e espaço para a mulher processar seus medos e suas angústias próprias desse período da sua vida reprodutiva.

Nesse contexto, o interesse em conhecer as memórias das *Parteiras Tradicionais* que habitaram o antigo quilombo Cabula, surgiu da minha aproximação com a população desse território na condição de docente da UNEB por duas décadas, sendo fortalecida pela necessidade de registrar os saberes ancestrais das *Parteiras Tradicionais* que atuaram no território em questão, haja vista a falta de registos materiais a respeito desse patrimônio imaterial.

Assim nasceu o interesse em aprofundar as reflexões fomentadas nos espaços por onde andei, nas famílias com as quais partilhei vivências profundas como parteira domiciliar, bem como nos espaços institucionais na condição de enfermeira obstetra, assistindo o parto no modelo hegemônico, em paralelo à minhas vivências com *Parteiras Tradicionais*.

Durante minhas andanças no Cabula, sempre me interessou saber: por onde andavam as *Parteiras Tradicionais* deste território? As informações colhidas espontaneamente, nas vivências e compartilhamentos entre mulheres do território, seja no lugar de enfermeira, parteira, docente ou pesquisadora, dão conta que muitas faleceram, mas outras ainda estão vivas para narrar suas trajetórias de cuidados com mulheres. Essas perguntas me inquietavam por reconhecer que essas práticas enquanto bens culturais imateriais estão desaparecendo, porque estas anciãs que guardam tal patrimônio estão, por uma série de fatores, deixando de repassar suas práticas e saberes.

Por meio do relato de minha trajetória pessoal e profissional pode ser conhecida a tessitura da colcha de retalhos de experiências pela qual me tornei uma parteira e como cheguei na universidade para ocupar o lugar de professora. Como docente escolhi a Educação em Saúde e as ações extensionistas como caminho, como um recurso pedagógico capaz de articular os saberes científicos e tradicionais, assim como propostas metodológicas inovadoras

no processo ensinoaprendizagem e consequentemente na formação de melhores profissionais de saúde.No próximo capítulo deste trabalho discutirei esse caminho.

Por ora, finalizo esta narrativa com mais um canto que costumo levar para as rodas de mulheres que conduzo, fechando este ciclo mais uma vez sussurrando às mães ancestrais que continuem nos guardando e orientando, em todas as ações e etapas de vida que podem representar novas gestações e partos.

"O Mamãe, embala eu mamãe,
Embala eu mamãe,
Cuida de mim..."

## 3.EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A CONTRIBUIÇÃO DA EXTENSÃO DA FORMAÇÃO DAS ENFERMEIRAS

As universidades representam espaços de formação acadêmica, mas também formação profissional e produção do conhecimento. Nessa perspectiva, o espaço da academia deve possibilitar novos aprendizados e outros saberes, no propósito de contribuir para a promoção da transformação social. Para viabilizar esse processo, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) define como uma das finalidades do ensino superior o

compromisso social das universidades que, a partir do ensino, pesquisa e extensão deve desenvolver uma a relação de reciprocidade de modo que a comunidade e a instituição se desenvolvam simultaneamente (ROCHA et al., 2019).

Nesse contexto, a LDB define que a promoção da extensão universitária é uma atividade fundamental para atender esse objetivo, destacando a extensão como promotora dessa aproximação importante entre a universidade e a comunidade. Segundo a LDB, a extensão universitária é uma via de mão dupla, onde a academia busca na sociedade a experiência necessária para construção de um conhecimento acadêmico vinculado à prática, e a comunidade recebe uma contrapartida, o benefício dos conhecimentos produzidos por esse diálogo entre Universidade e comunidade (ROCHA et al., 2019).

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde (DCN) também estabelecem no projeto pedagógico a articulação entre ensino, pesquisa e extensão, como tripé inerente para o processo efetivo da transformação social. Baseada no Plano Nacional de Extensão Universitária de 1999, em 2002 foi lançada a Política Nacional de Extensão Universitária com o objetivo de divulgar os conceitos relacionados às práticas extensionistas, para que esses fossem compreendidos e possibilitassem a ampliação e melhoria das ações de extensão, fortalecendo assim, esse pilar essencial da formação acadêmica-universitária. Nesse contexto, desde 2004 as atividades de extensão tornaram-se obrigatórias dentro dos currículos de graduação, com a aprovação do Plano Nacional de Educação (PNE), que possui como diretriz a melhoria da qualidade do ensino e assegura que no mínimo 10% do total de créditos curriculares exigidos para graduação sejam formados por programas de extensão universitária, levando as universidades a dar a atenção necessária para essas atividades (ROCHA *et al.,* 2019).

Levando em conta a importância dessa atividade para formação, descrevo os caminhos percorridos por mim como professora universitária no que tange às atividades de extensão. À medida que rememoro estes passos, convido também as leitoras e leitores a conhecerem, pouco a pouco, os espaços de Educação e Saúde pelos quais circulei. A minha aproximação com a Educação em Saúde ocorreu entre os anos de 1989-1991, quando durante o curso de mestrado, optei por realizar uma disciplina na Escola de Saúde Pública da USP, entitulada Direito Sanitário. Nesse período, havia emergido no Brasil o Movimento Popular de Saúde (MOPS),a partir da conjunção de diferentes forças durante a realização do III Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária (ENEMEC) em Goiânia. O MOPS tinha como missão “Fortalecer a luta social por uma saúde pública e de qualidade” e trazia como objetivos principais: a luta pela defesa das liberdades individuais e coletivas e

pelos direitos fundamentais; a participação do controle social; a elaboração de contratos, projetos institucionais com organismos de cooperação; a manutenção de relações com entidades congêneres com a finalidade de articular a luta pela saúde de boa qualidade; a promoção de atividades de atualização teórica voltada para os militantes; a articulação e fortalecimento de experiências de práticas integrativas de saúde nas áreas de alimentação, plantas fitoterápicas, Parteiras leigas, agentes populares de saúde, construindo e difundindo uma concepção popular de saúde além da contribuir para o fortalecimento da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde ( ANEPS ) e da Central de Movimentos Populares (CMP/SE) .

Tão logo chegando na UNEB em 2002, oriunda da UESB, no município de Jequié, onde iniciei minha trajetória como docente, conheci o Pró-Reitor de Extensão Professor Lourisvaldo Valentim da Silva (*in memoriam*), responsável por fazer da UNEB uma universidade muito comprometida com o desenvolvimento de projetos de extensão.Esses projetos envolviam atividades junto aos agentes sociais, entre eles profissionais de educação e de saúde com destaque para populações vulnerabilizadas, a exemplo de quilombolas, indígenas, mulheres, crianças e adolescentes.

Naquele período, a reitoria da UNEB assinou a resolução nº 766/2010, aprovando a criação do Programa de Apoio a Projetos de Extensão (PROAPEX). O documento registra o número de 1.008.339 pessoas beneficiadas pelas ações extensionistas desenvolvidas nos diversos *campi* da UNEB em 370 municípios nas áreas de influência, sendo priorizados os segmentos excluídos e os grupos mais vulneráveis (Quadro 1).

**Quadro 1:** População beneficiada pela Extensão

Figura 1: POPULAÇÃO BENEFICIADA PELA EXTENSÃO CONSIDERANDO O ANO DE EXECUÇAO DAS AÇOES

| Nº de Ordem | Ano | Nº de Pessoas Beneficiadas |
|---|---|---|
| 1. | 1998 | 307.389 |
| 2. | 1999 | 354.939 |
| 3. | 2000 | 299.386 |
| 4. | 2001 | 883.490 |
| 5. | 2002 | 664.980 |
| 6. | 2003 | 844.106 |
| 7. | 2004 | 917.861 |
| 8. | 2005 | 453.647 |
| 9. | 2006 | 205.908 |
| 10. | 2007 | 864.215 |
| 11. | 2008 | 1.008.339 |
| **TOTAL** | | **6.804.260** |

Fonte: Relatório UNEB 2008

Fonte: Resolução nº766/2010

Diante desse contexto nacional e local, reconhecendo as contribuições que as ações extensionistas promovem nas comunidades e também na formação dos profissionais de saúde, passei a incluí-las na minha prática docente.

### 3.1 Atuação na UNEB como professora e preceptora

As experiências adquiridas no campo da Educação em Saúde, no Movimento Popular de Saúde (MOPS), na zona leste de São Paulo, assim como no Mestrado contribuíram significativamente para minha formação e consequentemente para o meu processo de ensino no Curso de Enfermagem da UNEB. Este curso Bacharelado do Departamento de Ciências da Vida foi criado por meio da Resolução do Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE)de n. 207/98. Reconhecido, posteriormente, através do Decreto Estadual n. 9268 de 14 de dezembro de 2004. O primeiro redimensionamento do curso foi autorizado por meio da Resolução n.207 de 24/07/98 do (CONSEPE).O segundo redimensionamento curricular foi dado através da Resolução CONSEPE n. 1.866/2016 que aprovou o Currículo Reformulado do referido curso.

O atual projeto pedagógico do curso apresenta uma proposta de formação direcionada ao profissional enfermeiro que agregue conhecimentos científicos, valores éticos e humanísticos, embasados no respeito, responsabilidade, cooperação e empatia (PPP/ENFERMAGEM/UNEB, 2016).

O compromisso do cuidado, essência da práxis da enfermeira e do enfermeiro, fundamentada nos valores humanos, propõe o diálogo simétrico e reconciliador entre os atores sociais para a construção de uma vida saudável, valorizando os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião, a etnia, reconhecendo e respeitando a diversidade

cultural.Nesse sentido, a proposta desse curso de graduação é preparar a acadêmica e o acadêmico para desenvolver ações do cuidado que compreendam os conhecimentos científicos, o acolhimento, o vínculo, valorizando os aspectos subjetivos da pessoa humana enquanto ser multidimensional (PPP/ENFERMAGEM/UNEB, 2016).

Assim, a organização curricular do Curso de Enfermagem – Bacharelado contempla uma carga horária total de 4.820 (quatro mil oitocentos e vinte) horas, sendo 3.630 (três mil seiscentos e trinta) horas distribuídas pelos diferentes conteúdos curriculares; 990 (novecentos e noventa) horas equivalem aos estágios curriculares e 200 (duzentas) horas referentes às Atividades Complementares (AC). O tempo de integralização da matriz curricular deverá ocorrer entre 10 (dez) e 14 (quatorze) semestres.

Estes conhecimentos foram organizados em Conteúdos de Formação Básica (FB), relacionados com as Ciências Biológicas e da Saúde, essa área inclui os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem.

Conteúdos de Formação Profissional (FP) relacionados a Ciências Humanas Sociais e componentes de integração do conhecimento, que incluem os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

Há ainda os conteúdos específicos das Ciências da Enfermagem, neste tópico de estudo, incluem-se: a) Fundamentos de Enfermagem com os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo. b) Assistência de Enfermagem com os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher, ao homem e ao idoso, considerando os determinantes socioculturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem. c) Administração de Enfermagem com os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem. d) Ensino de Enfermagem com os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem. e) Conteúdos de Formação Complementar (FC), relacionados às áreas de humanas e didáticas com caráter transversal e interdisciplinar para o enriquecimento do perfil do egresso, em conformidade às

determinações da Diretriz Curricular Nacional para o Curso de Enfermagem (Resolução CNE/CES nº 3, de 7de novembro de 2001).

O currículo de Enfermagem da UNEB se estrutura em três eixos temáticos que se apresentam de forma complementar e inter-relacionados.

Eixo 1- **Enfermagem,Educação, Saúde e Sociedade**. Esse eixo é abordado predominante nos primeiros três semestres letivos e discute o homem, seu modo de vida, sua relação com o contexto social e a saúde. Ele é formado pelos seguintes componentes curriculares: Enfermagem, Educação Saúde e Sociedade os componentes curriculares: Enfermagem e Saúde, Biossegurança, Anatomia, Biologia Celular, Anatomia, Biologia Celular, Estudos Sócio-antropológicos, Filosofia e Ética, Metodologia Científica e do Trabalho Científico, Programa de Integração Academia, Serviço Comunidade (PIASC I), Comunicação e Saúde, Bioquímica, Fisiologia, Histologia e Embriologia, Nutrição alimentos e nutrientes, Deontologia em Enfermagem, Psicologia e Saúde, Estatística em Saúde, Epidemiologia, Metodologia da Pesquisa em Saúde I, Imunologia, Patologia, Processo de Cuidar na Atenção Básica, Biologia Molecular e Genética, Microbiologia, Políticas Públicas e Legislação em Saúde.

Eixo 2- **Cuidado, Saúde e Sociedade** predomina do quarto ao sétimo semestre acadêmico e discute os aspectos de saúde e os cuidados de enfermagem nos diferentes ciclos vitais ancorados nos princípios do Sistema Único de Saúde. É formado pelos seguintes componentes curriculares: Processo de Cuidar na Média Alta e Complexidade, Farmacologia, Enfermagem na Promoção e Vigilância à Saúde, Enfermagem na Saúde do Adulto em Atenção Básica, Planificação e Gestão em Saúde, Parasitologia, Biofísica, Enfermagem na Saúde do Adulto, Psicologia dos Processos Patológicos e Perdas, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Metodologia da Pesquisa em Enfermagem, Vigilância em Saúde, Seminário Interdisciplinar, Controle de Infecção em Serviços de Saúde, Núcleo de Desenvolvimento Educacional (NDE), Enfermagem nas Unidades de Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico e CME, Enfermagem nas Unidades de Emergência e Terapia Intensiva, Planificação e Gestão em Unidade Hospitalar, Pesquisa Orientada, Enfermagem em Gerontologia e Geriatria, Enfermagem em Atenção à Saúde Mental, Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Básica, Práticas Educativas, Enfermagem na Saúde da Mulher na Atenção Básica e Ginecologia, Farmacologia Clínica.

Eixo 3- **Saberes e Práticas em Enfermagem** é abordado nos últimos três semestres acadêmicos e possibilita promover o desenvolvimento da autonomia do acadêmico com vistas a respaldar um exercício profissional comprometido com as reais necessidades da sociedade.

Esse eixo é composto pelos seguintes componentes curriculares: Metodologia de Pesquisa em Saúde, NDE, Enfermagem na Atenção à Saúde do Homem, Enfermagem na Saúde da Mulher no Parto e Puerpério, Enfermagem na Saúde da Criança e Adolescente Hospitalizado, Seminário Interdisciplinar, Estágio Curricular em Gestão da Enfermagem, Pesquisa Orientada, Estágio Curricular em Gestão de Programas em Saúde, TCC e Estágio Curricular.

Os componentes curriculares têm ementas e cargas horárias definidas e de modo geral existe uma incompatibilidade entre o conteúdo extenso e a carga horária insuficiente. Esse descompasso é histórico. É comum em reuniões de área, e de colegiado, ouvir as colegas professoras reclamarem da carga horária incompatível com o conteúdo a ser ministrado.

Embora o Curso de Enfermagem seja composto por esse grande número de componentes curriculares, e aborde temas relevantes sobre a relação saúde e sociedade, os estudos sobre educação e saúde indicam que os avanços teóricos metodológicos da área não se traduzem nas práticas educativas dos diversos curso. Neste curso as práticas educativas continuam sendo marcadas pela utilização de métodos e estratégias de modelos teóricos tradicionais. Nesse cenário, transformar propostas educativas em práticas pedagógicas inovadoras, que estimulem mudanças na realidade dos sujeitos, é uma tarefa desafiadora para todos os profissionais envolvidos, seja no sistema formal ou não formal de educação, pois, não bastam mudanças apenas no âmbito curricular. A fragmentação do conhecimento científico no campo da saúde torna o ensino repleto de conteúdos desconexos, reduzidos a conceitos isolados, na maioria das vezes sem sentido para o educando. Outro aspecto desafiador é definir quais conteúdos são relevantes para auxiliar os sujeitos na (re) construção de concepções mais amplas e apropriadas sobre saúde (FERREIRA,*et al.*, 2016).

No 9º semestre é oferecido o componente Estágio Curricular I, ministrado por mim e outras colegas, com carga horária de 375 horas, uma das maiores carga horária do currículo. Nesse componente, a acadêmica de enfermagem será inserida na rede básica de saúde, para uma maior aproximação da realidade local de saúde, da convivência multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional, buscando a integração ensino/serviço/comunidade, além de desenvolver competências e habilidades nas diversas áreas de atuação profissional em saúde coletiva, desenvolvendo ações nas unidades de saúde junto aos programas ministeriais desenvolvidos, Unidades Básicas de Saúde(UBS) e comunidades organizadas, atuando em especial no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia de Saúde da Família (Quadro 2).

**Quadro 2-** Ementa do Componente Estágio Curricular Supervisionado I

| COMPONENTE CURRICULAR | EIXO DE FORMAÇÃO | DIMENSÃO/CAMPO DE FORMAÇÃO | CARGA HORÁRIA |
|---|---|---|---|
| ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO 1 | SABERES E PRÁTICAS EM ENFERMAGEM | Ciências da Enfermagem | 375 |
| EMENTA | | | |
| Possibilita a vivência do cuidado integral a pessoa, família e comunidade no contexto da atenção básica, de forma interprofissional e intersetorial no processo de trabalho e na gestão de saúde local. | | | |
| CONTEÚDO PROGRAMÁTICO | | | |
| Situação de saúde da população da área de abrangência;<br>Realizar Seminários temáticos;<br>Realizar visitas domiciliares em companhia dos agentes comunitários;<br>Realizar consultas de enfermagem a crianças, adultos, adolescentes, idosos, mulheres e gestantes;<br>Anamnese, exame físico, palpação, ausculta, coleta para exame de Papanicolau, orientação para exames específicos;<br>Realizar ações de Vigilância Epidemiológica;<br>Realizar procedimentos relacionados à gestão da sala de imunização;<br>Elaborar plano de trabalho com proposta de intervenção a ser desenvolvida durante o estágio;<br>Desenvolver práticas educativas junto aos membros das equipes de PACS/ ESF e comunidade;<br>Realizar oficinas educativas e educação permanente;<br>Identificar, descrever e explicar os problemas de saúde da população;<br>Elaborar proposta de intervenção junto aos problemas identificados;<br>Utilizar os sistemas de informação em saúde, particularmente o SIAB na elaboração do pano de trabalho e proposição de soluções de problemas da comunidade e da unidade de saúde;<br>Acompanhar as práticas de gerência adotadas na Unidade, identificando metodologia, instrumentos e documentos de trabalho, relatórios, mapas de produção, entre outros;<br>Coletar dados para o desenvolvimento de pesquisas e produção de textos científicos e em saúde, respeitando os princípios da Resolução 196-96 do CNS;<br>Ações educativas nas diversas unidades de desenvolvimento do estágio; junto aos profissionais de saúde de nível médio e elementar; junto a comunidade; realização de oficinas, salas de espera, orientações individuais e em grupo.<br>Intervenções de Enfermagem nos problemas identificados no indivíduo, família e na unidade de saúde.<br>Reuniões de acompanhamento, condução e avaliação de estágio.<br>Elaboração de texto científico<br>Participar das reuniões de supervisão, acompanhamento, avaliação do estágio e socialização das atividades de estágio.<br>Elaborar relatório de atividades desenvolvidas;<br>Preencher a auto avaliação do estágio.<br>Cumprir os instrumentos de avaliação do componente.<br>Socialização das atividades desenvolvidas durante o estágio. | | | |

Esse componente curricular possibilita a experiência do cuidado na comunidade. A aproximação com a comunidade contribui para a elaboração de ações educativas, sendo as acadêmicas orientadas a se articularem com os agentes comunitários de saúde e as lideranças locais, para promover práticas de Educação em Saúde, através de rodas de conversa com as gestantes, idosos, adolescentes, portadores de doenças crônicas, dentre outros grupos de

sujeitos dos programas ministeriais. Além de ações para campanhas de promoção à saúde, a exemplo do Setembro Amarelo, Outubro Rosa, e Novembro Azul.

Outro componente curricular que sou responsável é Enfermagem na Saúde da Mulher no Parto e Puerpério (Quadro 3), neste componente estou alocada desde a minha admissão nesta universidade. Ele é oferecido no 8º semestre, com carga horária de 90h (30h teóricas e 60h práticas).

**Quadro 3:** Ementa do Componente Enfermagem na Saúde da Mulher no Parto e Puerpério

| COMPONENTE CURRICULAR | EIXO DE FORMAÇÃO | DIMENSÃO/ CAMPO DE FORMAÇÃO | CARGA HORÁRIA |
|---|---|---|---|
| ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER NO PARTO E PUERPÉRIO | SABERES E PRÁTICAS EM ENFERMAGEM | Ciências da Enfermagem | 90 |
| EMENTA | | | |
| Discute evidências que fundamentam os novos sentidos e significados do modelo humanizado da assistência ao parto, nascimento e pós-parto. Aborda o panorama da assistência obstétrica no Brasil sob a ótica do modelo intervencionista versus modelo humanizado, enfatizando a atuação da enfermeira para a consolidação da assistência humanizada. | | | |
| CONTEÚDO PROGRAMÁTICO | | | |
| . Desenvolvimento Fetal e Anexos embrionários e fetais:<br>Desenvolvimento embrionário e fetal<br>Anexos embrionários e fetais<br>Circulação materno-fetal<br>Assistência de Enfermagem nas Intercorrências Obstétricas<br>Síndromes Hemorrágicas da 1a e 2a metade da gestação:<br>Gravidez ectópica<br>Doença Trofoblástica Gestacional (Mola Hidatiforme)<br>Descolamento Prematuro da Placenta<br>Placenta Prévia<br>Rotura uterina<br>Síndromes Hipertensivas:<br>Pré-eclampsia;<br>Eclampsia;<br>Síndrome Hellp<br>Alterações do Líquido Amniótico<br>Amniorrexe Prematura<br>Endocrinopatias<br>Diabetes getacional<br>Hipotireoidismo<br>Hipertireoidismo<br>Anemia Falciforme<br>Alterações da Duração da Gestação:<br>Trabalho de Parto Prematuro<br>Doenças tromboembólicas no ciclo gravídico e puerperal<br>Infecções do Trato Urinário na Gestação<br>Assistência de Enfermagem no Trabalho de Parto e Parto:<br>Contratilidade Uterina<br>Mecanismo do Parto<br>Períodos Clínicos do Parto | | | |

| |
|---|
| Humanização na Assistência à parturiente e recém-nascido normal<br>Recepção do Recém-Nascido normal<br>Abordagem na recepção da maternidade - teste rápido HIV, conduta nas hepatites<br>Assistência de Enfermagem à Puérpera no Pós–Parto e Recém-Nascido normal:<br>Puerpério Normal e Patológico, Aleitamento Materno<br>Intercorrências Mamárias, Cuidados ao RN normal, Contracepção pós-parto |
| BIBLIOGRAFIA BÁSICA |
| BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré- natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual ténico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.<br>CARVALHO, Geraldo M. Enfermagem em Obstetrícia. São Paulo: EPU., 2002.<br>OLIVEIRA, Dora Lucia de. Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula. Rio Grande do Sul: editora UFRGS, 2006.<br>ZIEGEL, Erna E. e CRANLEY, Mecca S. Enfermagem Obstétrica. 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001. |

Nesse componente, não há compatibilidade entre o conteúdo programático e a carga horária. Como o conteúdo teórico é muito extenso não sobra tempo para as reflexões suscitadas em classe, uma vez que parte do conteúdo aborda temas considerados “tabus” na sociedade, a exemplo de sexualidade, gênero, aborto, que não são discutidos em outros componentes curriculares. Então, para atingir os objetivos da disciplina é necessário ser criativa e perspicaz para minimizar as limitações e ampliar as oportunidades no sentido de alcançar um aprendizado capaz de atender às inúmeras demandas advindas das necessidades humanas das usuárias dos serviços de saúde. A distância entre o conteúdo teórico e a prática de campo é grande, porque a teoria é elaborada a partir da idealização da ciência moderna enquanto a prática é tecida a partir dos dados reais da comunidade. Nas atividades práticas, de campo, as acadêmicas se impactam, ainda que esse descompasso seja discutido e polemizado em debate na sala de aula há sempre um sentimento de frustração quando se deparam com a realidade obstétrica da assistência.

Nesse contexto, o meu papel enquanto professora é oferecer a oportunidade para a criatividade, para a reinvenção e para um fazer diferente. Esse lugar também pode ser o de utopia, a meu ver é necessária e pode contribuir com mudanças no quadro da realidade apresentada. Assim, entendo que prática pedagógica não está inserida apenas no campo do conhecimento teórico, objetivo, ela está inserida também no campo das emoções, no desejo de partilhar, provocar, dialogar e instigar novas formas de aprender.

Nessa caminhada, minha formação de professora reúne conhecimentos obtidos na formação acadêmica com especialidades nas áreas de saúde coletiva e obstetrícia, mas, sobretudo, nos conhecimentos que foram excluídos do campo da ciência, quais sejam: os saberes tradicionais. E nesse lugar de saberes encontrei as respostas para as inquietações

acumuladas ao longo do tempo que atuei como enfermeira obstetra na área hospitalar.

Minha atuação como professora agrega, portanto, conhecimentos obtidos na formação acadêmica aos conhecimentos obtidos convivendo com *Parteiras Tradicionais*, e também pela minha prática de assistir mulheres no processo parturitivo em dois cenários: no âmbito hospitalar e no domicilio da gestante.A partir dessa formação, construída por conhecimentos originados em lugares diversos, surgiu a necessidade de incluir nesse componente curricular os diferentes tipos de saberes, lançando mão de agregar esse desafio na formação da enfermeira na UNEB.

Esse é o lugar da Universidade, espaço de criação, de inovação e de reinvenção. Foi nesse lugar de docente que pude ampliar e aprofundar os conhecimentos sobre a assistência a gestação e parto. Para incluir esse novo jeito de cuidar de mulheres escolhi trabalhar sempre em grupo, atuando coletivamente, pois considero que esses compartilhamentos representam um recurso pedagógico importante no processo de aprendizagem.

A autonomia da docência faculta essas possibilidades de construir pontes e estratégias para traçar novas trajetórias. As ações pedagógicas ajudam a descobrir que existem muitos caminhos do saber. Convencida de que seria necessário incluir no conteúdo dos componentes curriculares outros e novos saberes, decidi que faria essas adaptações a partir de metodologias participativas e amparadas pelo próprio conteúdo do componente curricular numa proposta crítica e reflexiva. Para tanto, me amparei em dois pilares: na literatura convencional da medicina baseada em evidência e em textos complementares da área de História, Sociologia e Antropologia da Saúde além da minha própria experiência de enfermeira obstetra nas diversas áreas de atuação do cuidado às gestantes.

A convivência com *Parteiras Tradicionais* ampliou meu olhar para outros horizontes no campo da saúde da mulher e do cuidado, agregando fragmentos da essência dos saberes dessas guardiãs da arte de partejar. Desde a década de 1990 minhas observações e percepções instigavam a curiosidade para buscar fundamentos teóricos que respondessem aos questionamentos internos da minha experiência obstétrica. As respostas vieram de outra literatura, não dos compêndios da medicina. Nas áreas de história da obstetrícia no Brasil e da antropologia encontrei um corpo de conhecimento acerca da história das *Parteiras Tradicionais* e de suas contribuições para a saúde coletiva.

Constatei que esse conhecimento deveria ser incluído no conteúdo programático do componente curricular ao qual estive alocada porque foi nessa especialidade - Saúde da Mulher no Parto e Pós-parto, que escolhi me especializar.Este componente curricular é

operacionalizado da seguinte forma: inicialmente são ministrados os conteúdos da carga horária teórica e após conclusão do conteúdo as acadêmicas são alocadas nos campos de prática para aplicar os conhecimentos teóricos obtidos em classe. No caso especial deste componente, o campo de prática é o Centro Obstétrico do HGRS.

Vale destacar a expectativa das acadêmicas com esse componente curricular. Na primeira aula do semestre, quando apresento o conteúdo programático aplico uma dinâmica para identificar o nível de expectativa e é impressionante o grau de interesse e curiosidade do grupo.

A medida que o conteúdo vai sendo discutido e trabalhado em sala de aula, o grupo vai expressando sentimento de alegria e de encantamento com as possibilidades de construção de um modelo de cuidado diferenciado. O conteúdo de gestação, parto, pós-parto e recém-nascidos evoca sentimentos de afeto, de ternura e de beleza. As aulas são envolvidas numa atmosfera de idealização e romantismo e nesse clima faz-se necessário apresentar dados e indicadores epidemiológicos que tragam as acadêmicas para o campo da ciência, é preciso ter adesão com a realidade exposta em estudos sobre o cenário da assistência ao parto no Brasil.

A ponte que separa os pressupostos teóricos do quadro epidemiológico evidencia uma situação complexa com taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal que expressa fielmente o contexto sócioeconômico do país, em especial das regiões norte e nordeste com indicadores bem diferentes da região sul e sudeste. As causas das altas taxas de mortalidade materna e neonatal representa um recurso pedagógico importante para aterrissar as acadêmicas numa perspectiva de realidade sombria.

Chegando ao campo de prática, as acadêmicas se defrontam com um cenário diferente daquilo que foi idealizado em sala de aula. O campo é um recurso pedagógico fundamental de aprendizado e também para provocar inquietações e instigar reflexões de como buscar novos caminhos para promover mudanças no quadro epidemiológico. Cotidianamente após o atendimento das consultas nos reunimos para discutir os casos clínicos e ouvir as impressões do grupo. Utilizo da técnica de problematização, para que as inquietações se transformem em conhecimento, quando a acadêmica é direcionada a reflexão crítica acerca do que foi vivenciado no campo. Neste espaço de trocas e descobertas, aprendizados e angústias, deposito esperança em uma formação mais consciente da necessidade de novos modelos de cuidados.

A devolutiva vem através das avaliações realizadas pelas próprias mulheres, pelos profissionais dos campos e das próprias acadêmicas que expressam o quanto os debates despertam para compreensão da complexidade e dos paradoxos inseridos no campo da saúde

da mulher. Possivelmente, existem novos dispositivos para enriquecer o processo de aprendizagem, mas minha experiência nesse lugar me possibilita afirmar que o cenário da realidade é o maior e mais rico lugar do saber.

Nessa experiência, no final do semestre as acadêmicas demonstram contentamento com o aprendizado do conteúdo especifico, mas, sobretudo com as metodologias utilizadas no componente curricular, expressam o desejo profundo de continuar no campo do cuidado da mulher. Aqui, vale uma ressalva, para uma questão que considero importante registrar, esses conteúdos incluem o autocuidado como um dos pilares do campo do ensino. Durante todo o semestre esse tema é debatido e aplicado, assim entendo que a/o profissional de saúde carece compreender sua saúde como uma variável determinante para a qualidade do cuidado que vai oferecer em sua prática profissional.

Dessa forma, acredito que a construção do conhecimento, no lugar de professora, é resultado de múltiplas experiências na minha trajetória atuando em comunidades, onde as práticas participativas das rodas desenvolveram a habilidade da escuta para aprender e aprender para compartilhar. O caminho do aprendizado passa necessariamente pelos saberes construídos no seio da população, e que de alguma forma foi sistematizado nas bases da Educação Popular.

## 3.2 Fundamentos de Educação em Saúde e Educação Popular: o encontro entre a educação e a saúde

Historicamente, as políticas públicas de saúde contemplam as práticas de Educação em Saúde. Contudo, os estudos constatam que apesar das mudanças no discurso, essas práticas permanecem de caráter normativo, didático, de transmissão vertical higienista, refletindo as relações hegemônicas presentes em tais práticas (VALLA,1989; VASCONCELOS,2013; ALMEIDA, 2011).

Como descrito na seção anterior, a formação em enfermagem incluiu em suas práticas pedagógicas as ações de Educação em Saúde, contudo o estudo de Alva Helena de Almeida (2007) identificou que a graduação em enfermagem é direcionada as teorias de cuidado e aos aspectos técnicos-científicos dos processos saúde-doença, não contemplando pressupostos teóricos para fundamentar a educação como prática de promoção à saúde.

Ao longo das décadas de 1970 e 1980, ocorreu no Brasil um movimento político tendo como propósito a institucionalização do SUS. Diante desse cenário foi necessária uma readequação nos currículos dos cursos de saúde, para uma ordenação de acordo com os novos princípios e diretrizes. Atendendo a essa demanda, como foi visto, os cursos de enfermagem

articularam-se com as instituições de ensino, gerentes dos serviços, e organismos sindicais para uma reordenação da grade curricular de acordo com a realidade social do país e o projeto político em construção, resultando na proposição curricular de referência para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem, publicado pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) em 2001 (ALMEIDA, 2009).

Nessa lógica, é preciso reconhecer essa profissão como ação social capaz de compor as diversas práticas integrantes da saúde coletiva, que através de ações educativas pode se tornar um campo contra hegemônico de saberes e práticas mais comprometidas com os interesses populares (ALMEIDA; SOARES, 2011). Dentre as mudanças propostas nesse movimento, destaco a inclusão de componentes curriculares integrando as práticas educativas como estratégia fundamental para formação profissional que valorize a promoção da saúde.

O papel educativo da enfermagem é fundamental para a saúde da população, devendo ser incluído em todas as ações pedagógicas, sejam elas práticas ou teóricas, que envolvam professor, acadêmico, e os atores sociais (usuário, família e comunidade), numa perspectiva de aprendizado coletivo (LEAL, 2002).

O estudo de Cardim *et. al*. (2005) identificou, entretanto, que as ações de Educação em Saúde implementadas por acadêmicas de enfermagem reproduzem uma metodologia tradicional centrada na transmissão de informações e numa narração entre o narrador e o paciente, onde o acadêmico constitui um depositário passivo de conhecimentos, sem relação dialógica entre conteúdo e realidade.

Como descrito anteriormente, na minha trajetória profissional, constato que existe coerência nas afirmações de Cardim *et. al* (2005), uma vez que, as acadêmicas quando chegam nas disciplinas dos últimos semestres do curso, ainda não se apropriaram de metodologias dialógicas e participativas para desenvolver as práticas de Educação em Saúde, propostas pelo componente curricular que estou alocada. Possivelmente, essa condição decorre da falta de pressupostos teóricos e metodológicos que contribuam para ampliar o conhecimento a respeito dos propósitos da Educação em Saúde.

Nesse âmbito, os estudos indicam que para mudar esse cenário é necessário refletir sobre o processo de trabalho da enfermagem e nos aspectos sócio políticos do sistema capitalista. Esse processo só se dá a partir de mudanças profundas no contexto das instituições formativas, com a revisão sistemática dos problemas complexos que sustentam as relações hegemônicas no campo da saúde (PAIM,2001; ALMEIDA; SOARES,2011; VALLA, 1989).

Assim, considerando a prática de Educação em Saúde como parte do processo de trabalho da enfermagem, é preciso reconhecer a sua interface com gestão e cuidado, não

segmentando essas áreas, vez que essas ações no campo da enfermagem estão associadas (GONZAGA, 1992).

Entende-se por Educação em Saúde quaisquer combinações de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra combinação enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas, constituindo uma atividade sistematicamente planejada, sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas (CANDEIAS, 1997).

Dessa forma, a Educação em Saúde como prática social constitui um processo para provocar a reflexão crítica sobre as causas dos problemas de saúde, reconhecendo o usuário como protagonista de sua própria história. Nessa perspectiva, a ação educativa demanda estratégias de participação de todos os profissionais de saúde, reconhecendo que os sujeitos envolvidos nesse processo têm entendimentos diferentes sobre a realidade, e o propósito dessas ações deve se amparar na participação popular, considerando as valores, as crenças e as visões do mundo do grupo trabalhado (ALVES e AERTYS, 2011).

Para Alves e Aertys (2011), a visão tradicional da Educação em Saúde legitima uma visão cultural dominante, reduzindo os indivíduos a seres que devem se adaptar às regras impostas pelo modelo hegemônico, no qual a aceitação e a adesão representam a prática educativa. Para além de promover ações de prevenção e cura de doenças, as práticas de Educação em Saúde devem fomentar no usuário reflexões críticas, para que ele reconheça os fatores determinantes do processo saúde-doença (ALMEIDA, 2007).

Esse modelo de Educação em Saúde se ampara na pedagogia freireana, na qual revela-se que a educação libertadora se opõe à pedagogia do oprimido, incidindo no ato de superar os conteúdos impostos que educam um falso saber (FERREIRA, 2016).

Por outro lado, o modelo biomédico se fundamenta no pressuposto de que somente o médico sabe o que é importante para a saúde do indivíduo e só ele é capacitado para lidar com a situação, isso porque, todo o conhecimento acerca da saúde deve ser racional, científico, baseado na observação objetiva de dados clínicos, pautado na análise de testes de laboratório e na medição de parâmetros físicos. Nesse modelo, estes elementos são considerados mais importantes para o diagnóstico do que a avaliação do estado emocional, da história familiar ou da situação social do indivíduo (CAPRA, 2001).

Em perspectiva oposta ao modelo biomédico, Valla (1989) defende que a educação e saúde deveria ser estimulada a partir da institucionalização da participação enquanto instrumento de governo adequado para a construção do regime democrático. Assim, a Educação em Saúde deveria estar contemplada nas diferentes propostas de modelos assistenciais da Atenção Básica à Saúde, especialmente, porque favorece ampliação da participação popular para reorientação das políticas públicas em saúde, além de ter apresentado experiências positivas nos contextos onde foi implantada (BOLSONE, 2006). Nesse sentido, ainda que pouco aplicada, a inserção da metodologia da Educação Popular na área da educação e saúde está preconizada em um dos princípios fundamentais do SUS, a participação social.

Segundo Paim (2001), o modelo assistencial de saúde brasileiro ainda é marcado pela verticalização e centralização da formulação e implementação das políticas, impactando na restrição da participação da comunidade gerando, entre outros aspectos, a sua incapacidade de atender às necessidades específicas da população assistida. Há nesse sentido, a hegemonia das práticas assistenciais curativas, direcionadas ao indivíduo e orientadas pelo modelo biomédico.

Nas práticas de saúde, as educações, bem como as práticas sociais, sofreram mudanças históricas associadas às estratégias organizativas e sistematizadores da educação. Em meados do séc. XIX, quando se difundiam os saberes da bacteriologia, com o processo de urbanização e o desenvolvimento do capitalismo, determinou-se a Educação em Saúde o processo de mecanismo regulador da ordem social e econômica, mediante o desempenho das ações educativas sanitárias, com foco nas ações curativas de pronta recuperação dos funcionários de produção (MELO; 1987; WENDHAUSEN, 1992).

À medida que as práticas educativas se consolidavam nos ambientes sociais, estendiam-se para os setores de saúde e para a educação, passando a compor currículos escolares, incorporando inovações tecnológicas e recursos audiovisuais (MELO, 1987). Entretanto, embora, atualmente os estudos venham demonstrando a importância das práticas educativas para a ressignificação do processo saúde-doença, os profissionais continuam valorizando a transmissão de normas de higiene, disciplinadoras da ocupação e uso dos serviços de saúde, no modelo hegemônico que valoriza a técnica em detrimento das determinantes sociais e culturais da população (ALMEIDA, 2009).

O processo saúde-doença resulta de determinantes sociais que se articulam com outros fatores sociais, assumindo singularidades de acordo com a forma em que o indivíduo se insere no mercado de trabalho e suas relações, intensificando o caráter social da doença

(LAURELL, 1983). Destaca-se a nova concepção do processo saúde doença como fenômeno social que surgiu na saúde coletiva, como campo contra hegemônico de saberes e práticas, para produzir uma educação emancipatória comprometida com os interesses populares.

No Brasil, a Educação em Saúde surgiu da necessidade do Estado em manter o corpo do trabalhador saudável para a produção e desenvolvimento do capitalismo, ampliando assim suas funções através do seu reaparelhamento a partir das políticas sociais para atender às imposições do desenvolvimento econômico, bem como camuflar as distorções geradas pelo modelo desenvolvimentista, adiando e controlando conflitos com as classes populares socialmente vulneráveis (MELO, 1989). A educação sanitária integra o campo da saúde como:

> o conjunto de atividades que, em situações de ensino no interior dos serviços, nas escolas e na comunidade, teria por função mudar comportamentos, crenças e atitudes prejudiciais á saúde, mantendo assim a população no interior das normas estabelecidas pela ordem médica (MELO, 1989, p. 151).

Nesse contexto surgiu, em 2004, a Rede Popular em Saúde, um movimento contra hegemônico que valoriza e incentiva a Educação em Saúde, preconizada pela Política Nacional de Atenção Básica –PNAB (BRASIL,2006), que tem como estratégia prioritária o Programa de Saúde da Família e, em seu art. VI, afirma a necessidade de: "*Estimular a participação popular e o controle social";* e no seu art. XX afirma: "*Articular instituições em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde e equipes de atenção básica e de saúde da família".* Esta perspectiva também está presente na Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (BRASIL,2007), também do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde.

Na esfera local o Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017 no seu item 2.44, sobre o controle social do SUS, preconiza a: *expansão dos conselhos locais de saúde e o fortalecimento da capacidade de intervenção dos membros do controle social nas políticas públicas e processo de educação permanente* (SALVADOR, 2014, p.68).

É amplamente reconhecido tanto na área acadêmica quanto no âmbito das políticas públicas, que no campo da saúde deve existir uma articulação entre a educação e as práticas sociais para a formação de profissionais com diversos saberes.

Nesse sentido, a própria ideia de promoção da saúde, que envolve Educação Popular e desenvolvimento local, amplia a concepção de saúde na perspectiva de compreensão dos

determinantes socioeconômicos como fundamentais para o processo saúde-doença, apontando as ações intersetoriais de educação, saneamento básico, habitação, renda e trabalho como estratégia prioritária para mudança do perfil epidemiológico das populações mais vulneráveis (PRESOTO e WESTPHAL, 2005).

Nessa perspectiva, é preciso refletir sobre as práticas de Educação em Saúde, visando integrá-las ao processo de trabalho, o que exigirá rupturas com conceitos e ideias presentes na profissão e no setor saúde, adquiridos desde a formação profissional e reforçado ao longo da prática (GONZAGA,1992).

### 3.2.1 A Educação Popular

A Educação Popular (EP) enquanto uma nova metodologia da Educação em Saúde está contemplada na Política Nacional de Saúde e Educação como estratégia para a promoção à saúde capaz de implementar um novo ciclo democrático de gestão participativa e mudar a cultura da gestão pública brasileira (BRASIL, 2012).

Nesse aspecto, o Brasil tem contribuições relevantes na constituição da EP enquanto método de práticas sociais para inúmeros campos do saber. Um dos pioneiros a estruturar o corpo teórico da Educação Popular (EP) no Brasil foi Paulo Freire no seu livro Pedagogia do Oprimido (1966). Segundo Vasconcelos (2004), a Educação Popular:

> é um modo de participação de agentes eruditos que inclui professores, cientistas sociais, profissionais de saúde, padres e outros para atuarem politicamente em defesa de algum tema constituindo uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social e promovendo formas coletivas de aprendizado e investigação, para fomentar o crescimento da capacidade critica sobre a realidade e o aperfeiçoamento de estratégias de luta e enfrentamento. Um elemento fundamental do seu método é o fato de tomar, como ponto de partida do processo pedagógico, o saber anterior do educando. No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza. Esse conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria-prima da Educação Popular (VASCONCELOS, 2004, p.71).

No que se refere às experiências de Educação Popular em saúde, elas estão direcionadas para superar as diferenças culturais entre serviços de saúde, saber médico e movimentos sociais e, nesse sentido, tem representado uma estratégia importante para fortalecimento da medicina integral, uma vez que se dedica a ampliação entre as distintas

profissões, especialidades, famílias, vizinhos e organizações sociais locais envolvidos em problemas relacionados à saúde.

No contexto da vida social, o debate sobre a abordagem metodológica na perspectiva da saúde não pode estar atrelado apenas a instituições médicas, uma vez que a concepção da integralidade no âmbito da saúde cabe principalmente ao crescimento de outros setores da sociedade civil que devem se articular para usufruir dos distintos direitos e saberes a partir do contexto social (VASCONCELOS, 2003).

A EP está intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais. Ela valoriza a cultura popular, através do respeito às iniciativas, ideias, sentimentos e interesses de todas as pessoas, bem como a inclusão de tais elementos como fios condutores do processo de construção do trabalho e da formação (VALLA, 1989). Nessa perspectiva, a EP representa uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social para fomentar novas formas coletivas de aprendizado e investigação, promovendo para as comunidades o crescimento da capacidade crítica sobre a realidade local (VASCONCELOS, 2004). As implementações dessas práticas contribuem efetivamente para as transformações sociais, econômicas, políticas, ambientais e culturais necessárias ao desenvolvimento das comunidades locais (ALVES; AERTS, 2011).

As propostas de planejamento social participativo são formuladas, sobretudo, com as discussões de um novo modelo de desenvolvimento e da elaboração de uma agenda para o século XXI em âmbito global, nacional e local. O fundamento básico dessa nova perspectiva é a participação das pessoas no processo de planejamento (NUNES; SOUZA, 2007). Para tanto, as práticas de Educação em Saúde, representam um instrumento eficaz para implementação da participação popular e controle social.

Embora a Educação em Saúde seja compreendida como uma forma de mudar os hábitos da população, no sentido de ensinar hábitos de higiene e prescrições médicas para evitar o processo do adoecimento. Nesse sentido, Gomes e Merhy (2011) destacam a importância de ampliar e ressignificar essa prática social, baseando-se na Educação Popular, como “educar para a saúde”, no sentido de promover a reflexão à população, para compreensão das causas das doenças e maneiras de superá-la.

A Educação Popular valoriza os saberes dos educandos, reconhecendo que ao longo do tempo as pessoas acumulam conhecimento de acordo com suas experiências de vida, uma vez que desenvolvem estratégias para o enfrentamento das adversidades, sendo a participação popular, proposta por esta ferramenta, um exercício de análise da realidade pelos coletivos,

que são produtores de sua própria história. Além de permitir a inserção de novos atores no campo da saúde, a EP permite que os profissionais de saúde ampliem suas práticas se aproximando do saber popular, reduzindo assim o distanciamento cultural entre as instituições de saúde e a população, promovendo a melhor compreensão do modo como os outros agem (GOMES; MERHY, 2011).

Os projetos de extensão orientados pela Educação Popular conquistaram espaço político para reivindicar que as políticas de extensão universitária priorizassem esse modelo teórico-metodológico. Assim, em 2005, o Fórum de Pró-reitores de Extensão de universidades públicas brasileiras, implementou iniciativas importantes para o fortalecimento institucional da Educação Popular, como proposta política e metodológica, agregando estudantes, professores, técnicos e lideranças comunitárias, para reivindicar a valorização dos princípios de Educação Popular nas políticas de extensão (VASCONCELOS; CRUZ, 2013).

Com esse mesmo propósito foram criadas disciplinas para o ensino das práticas comunitárias, com base nos princípios da EP, bem como metodologias de pesquisa valorizadas por essa corrente. Naquele cenário favorável, a Educação Popular, antes restrita a uma prática alternativa, conquistou enquanto prática metodológica, espaços institucionais, sendo reconhecida como proposta metodológica sólida para orientar as políticas de ensino, extensão e pesquisa (VASCONCELOS; CRUZ, 2013).

Diante dessas conquistas no campo da Educação Popular, encaminhamos um projeto de extensão, para a Articulação Nacional de Movimento e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) que tinha como objeto a capacitação de 64 lideranças e conselheiros de saúde do DSCB, com o propósito de fortalecer os conselhos distritais e municipais, visando a ampliação das ações da atenção primária.

Convencida da eficácia e dos resultados de propostas metodológicas participativas da Educação em Saúde e da Educação Popular, como descrevi acima utilizei esses pressupostos na docência de alguns componentes curriculares, mas também em ações extensionistas. Tais atividades serão descritas na seção seguinte:

## 3.3 Extensão universitária na Enfermagem: projetos executados

A vivência na academia me permitiu ampliar os conhecimentos compartilhando e trocando inquietações com colegas, acadêmicas, e mulheres que estiveram presentes durante toda minha caminhada, me levando ao caminho da extensão. As ações extensionistas, como atividades de Educação em Saúde, agregam mais vivências e conhecimentos para as

acadêmicas que irão atuar na assistência com um olhar à saúde de forma integral, valorizando os saberes do usuário, numa assistência humanista.

Nesses espaços coletivos,construí caminhos e oportunidades para promover uma articulação entre Universidade e comunidade na perspectiva de aproximação com o território, e seu contexto local. Muitas iniciativas nasceram dessas trocas, onde o aprendizado se materializa de formas criativas e afetivas.

Embora minhas experiências com ações extensionistas tenham uma relação com o processo de ensino-aprendizado e com compromisso social da Universidade, o tecido que as tece tem também uma natureza afetiva. Em março de 2003, teve início o primeiro projeto de extensão coordenado por mim, intitulado *Acolhendo a Gestação*, oriundo da UESB, onde já vinha sendo implementado desde 1997. No mesmo ano, criamos e coordenamos em experiência colegiada, no Departamento de Ciências da Vida (DCV) da UNEB, o Projeto de Extensão Roda da Saúde, com apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde. Em 2008, elaborei e encaminhei para a Coordenação da Área Técnica de Saúde da Mulher do MS, o Projeto de Extensão *Valorização de Parteiras Tradicionais da Chapada Diamantina: Três Marias*, resultando no relatório do diagnóstico da assistência ao parto na região. Diante do resultado exitoso desse projeto e do cenário político favorável à atenção sob as populações vulneráveis, surgiu a demanda de um novo projeto. Dessa vez incluindo Parteiras quilombolas de três estados, lançado em 2013, o projeto *Valorização das Parteiras Quilombolas.* Em 2015, fui convidada pela coordenadora do Projeto Turismo de Base Comunitária para participar do Eixo de Saúde Coletiva, desenvolvendo ações de Educação em Saúde, com vistas à promoção à saúde junto à comunidade do Cabula.

Estes projetos foram responsáveis pela germinação de muitas ações educativas no solo do Cabula, às descreverei melhor na próxima seção:

### 3.3.1 Projeto Acolhendo a Gestação

No desejo de retomar imediatamente às ações de Educação em Saúde que integravam o *Projeto Acolhendo a Gestação*, procurei o Pró-Reitor quando assumi o cargo de professora na UNEB, em 2002. Após seis meses da tramitação da documentação desta proposta, o projeto teve seu lançamento no Auditório do Departamento de Ciências da Vida da UNEB – Campus 1, no início de 2003, num seminário que teve como tema principal: As práticas educativas no acompanhamento Pré-Natal, com a presença de lideranças locais, profissionais de saúde do Distrito Sanitário Cabula-Beiru (DSCB), e comunidade acadêmica.

A proposta do projeto surgiu diante da necessidade de ampliação dos espaços que promovessem articulação entre os pilares da Universidade - Ensino, Pesquisa e Extensão - com as Políticas e Programas do Ministério da Saúde através de ações de promoção da saúde. Foram implementadas atividades direcionadas para as UBS do DSCB, tomando como referência as políticas públicas de atenção à gestação, parto e nascimento humanizados.Este projeto apresentou dentre outros objetivos, a preparação da gestante e da família para o processo do parto, pós-parto e puerpério,constituindo uma contribuição para o fortalecimento e melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Naquele período, o MS vinha implementando inúmeras ações para promover mudanças nas condutas e concepções no que concerne a produção em saúde, de modo a priorizar a melhoria da qualidade da atenção à gestação parto e pós-parto.

Assim, esse projeto se inseriu num contexto mais amplo a da educação e saúde, que como foi visto anteriormente, constitui um importante instrumento da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, enquanto potencial de promoção do desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva, além de um recurso importante enquanto ação de promoção de cuidado, bem como, do autocuidado, contribuindo para a emancipação dos sujeitos e para o exercício de sua autonomia (SANTOS; PENNA, 2009).

Destaca-se ainda que a ação de Educação em Saúde tem relevância para a formação acadêmica, uma vez que, contribui para a construção de sujeitos crítico-transformadores, aprimorando o processo ensinoaprendizagem à medida que se configura enquanto campo de aplicação prática e interdisciplinar dos conteúdos, das áreas de conhecimento para as diversas categorias profissionais do campo da saúde.

No âmbito da qualidade da atenção à saúde da mulher, o acompanhamento pré-natal e a prática de ações de Educação em Saúde tem grande relevância para a troca de experiências e saberes, enquanto estratégia de resolutividade para este período tão especial da vida reprodutiva da mulher, uma vez que, a gestação constitui um evento que ultrapassa os aspectos biológicos, envolvendo aspectos sociais, políticos e econômicos, justificando a implementação de ações de Educação em Saúde como atividade complementar da clínica pré-natal.

Já que apesar dos avanços promovidos pelas políticas públicas em favor da qualidade da assistência à gestação, parto e pós-parto, o SUS apresenta uma cobertura insuficiente da Atenção Básica para suprir a demanda populacional do DSCB, contribuindo, além de outras questões, para os altos índices de mortalidade materna e neonatal.

Ademais, enquanto instrumento de difusão de informações e de práticas de promoção

da saúde e prevenção de agravos, as ações de Educação em Saúde representam uma estratégia de adesão ao acompanhamento clínico do pré-natal, de estímulo ao aleitamento materno e de práticas saudáveis, contribuindo para a redução das taxas de partos cesarianos e da mortalidade materna e perinatal.

No DSCB a necessidade da implementação de espaços para operacionalização de ações voltadas para a promoção da saúde das gestantes e sua família justificou-se pelos indicadores epidemiológicos que evidenciavam uma situação complexa de saúde. Paragrafo pequeno?

Diante deste contexto, bem como da inexistência de um Projeto de Extensão na área da saúde que integrasse ações de Educação em Saúde entre os cursos do Departamento de Ciências da Vida da UNEB, surgiu a demanda de implementar uma proposta que vislumbrasse a possiblidade para acolher a gestante e sua família através da implementação de ações relacionadas a Educação em Saúde.

Estas atividades educativas colaboraram para uma gestação saudável, incentivando o parto normal humanizado, bem como, habilitando a gestante para a prática do aleitamento materno,o exercício da maternagem e paternagem, fortalecendo o vínculo familiar. Este projeto também fomentou ações de Educação em Saúde para fortalecer o exercício do controle social habilitando seus participantes para interferir na gestão pública do Estado no sentido de efetivar melhorias no serviço público de saúde deste Distrito Sanitário.

As ações destas propostas foram fundamentadas no referencial teórico contido nas políticas e programas do MS. Para viabilizar a operacionalização das ações deste projeto foram estabelecidas estratégias de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, com o Programa de Residência Materno-Infantil da Universidade Federal da Bahia e o Programa de Pós Graduação em Família da Universidade Católica do Salvador, Clínica de Psicologia Humanitas, Centro de Parto Normal Mansão do Caminho, bem como, apoio financeiro da Pró-Reitoria de Extensão da UNEB.

Constituiu público alvo deste Projeto de Extensão as gestantes e suas famílias pertencentes às comunidades do Distrito Sanitário Cabula/Beiru integrando grande parte dos bairros da Engomadeira, Saboeiro, Doron, Narandiba, São Gonçalo, Tancredo Neves e Pernambués. Desta forma, este Projeto se configurou como um importante espaço acadêmico, oportunizando experiências, com trocas de saberes e produção de conhecimento técnico-científico para os cursos deste Departamento ampliando o compromisso social da Universidade com ações de extensão a esta comunidade.

Teve como objetivos principais:

- Executar ações de Educação em Saúde, visando preparar a gestante para o processo do parto, pós-parto e maternagem;
- Promover espaços para a reflexão e diálogo com as gestantes e puérperas enquanto cidadãs sobre seus direitos e deveres sociais e no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- Discutir temáticas referentes à gestação e maternagem levantadas a partir de demandas dos participantes;
- Possibilitar aos acadêmicos envolvidos ampliar a visão sobre o processo de parto, pós-parto e maternagem, atuando de modo interdisciplinar e potencializando suas práticas em saúde socialmente comprometidas;
- Motivar os acadêmicos do DCV para a produção científica na área de saúde da mulher.

O projeto utilizou como metodologia de divulgação de suas ações o *site* da UNEB, bem como, a busca ativa e passiva de gestantes que estavam inscritas até completar o limite disponível de vagas para as oficinas, recorrendo aos Programas de Pré-Natal das unidades de saúde do DSCB.Para divulgar as ações, visitei as três UBS do entorno da universidade - Estrada das Barreiras, Saboeiro e Arenoso, às quais recebiam os alunos do Curso de Enfermagem para prática da disciplina “Saúde da Mulher no Parto e Puerpério”.

As participantes eram devidamente cadastradas e acompanhadas até o final da gestação. Na composição do formulário de cadastro constavam dados gerais de identificação, seguidos de informações sócio-econômicas e dados referentes a antecedentes gestacionais, gestação atual e situação de saúde. A partir dos dados obtidos eram identificadas as gestantes com características sociais e de saúde semelhantes para divisão em grupos específicos, como forma de direcionar as estratégias e metodologias de abordagem.

Essas atividades foram desenvolvidas através de oficinas, grupos de discussão, dinâmicas de grupos, feiras de saúde, entre outros, preferencialmente através de metodologias participativas. As *rodas de conversa*, constituem uma metodologia bastante utilizada nos processos de intervenção comunitária e consistem em um método de participação coletiva de debates acerca de uma temática através da criação de espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. Esta metodologia tinha como principal objetivo motivar a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão voltada para a ação, integrando um conjunto de trocas de experiências e saberes para a construção do conhecimento entre os

envolvidos nestes grupos. Essa metodologia previa ainda o planejamento e avaliação de todas as atividades desenvolvidas, após cada ação educativa de forma oral e escrita. O conteúdo programático trabalhado nas oficinas e grupos temáticos incluiu os seguintes eixos:

- Modificações do organismo materno;
- Lei do acompanhante;
- Importância do aleitamento materno;
- Benefícios do parto normal e preparo do períneo;
- Alimentação saudável;
- Atividade física no período gestacional;
- O papel do novo pai
- Vínculo familiar;
- Intercorrência do período pós-parto

Em razão da metodologia ser participativa, outros conteúdos puderam ser incluídos nas oficinas a depender do interesse das gestantes/pais.

As atividades foram desenvolvidas, no auditório do DCV da Universidade no Campus I, e nas unidades de saúde do DS que dispunham de espaço adequado para essas ações.

A operacionalização das ações ocorreu com a participação direta e significativa de acadêmicas dos cursos de enfermagem, fisioterapia e nutrição vinculados ao projeto através de bolsa de estágio subsiados pela Pró-Reitoria de Extensão da UNEB.

A avaliação das ações do projeto ocorreu de forma contínua e regular através da aplicação de formulários para os participantes ao final dos eventos utilizando conceitos: ruim, regular e bom, para os seguintes elementos:

- Estrutura física do local;
- Metodologia utilizada (linguagem clara e objetiva);
- Importância do tema abordado;
- Sugestões oferecidas.

As reuniões ocorreram mensalmente para operacionalização da programação e planejamento das ações programáticas e esporadicamente de acordo com a demanda.

Ao analisar as ações de educação e saúde desenvolvidas pelo Projeto de Extensão

A*colhendo a Gestação* identificamos alguns resultados, produtos importantes:

- Oficinas de socialização da metodologia participativa para os acadêmicos aprovados nas seleções;
- Oficinas para gestantes no Campus da UNEB;
- Oficinas direcionadas especialmente para os pais; oficinas nas UBS do Distrito Sanitário;
- Participação das acadêmicas em Congressos sobre o tema;
- Participação das acadêmicas em seminários no interior do Estado a convite das Coordenações das Estratégias de Saúde da Família dos municípios de Seabra e Jequié;
- Acadêmicas do projeto foram convidadas a implementar estas práticas de Educação em Saúde em outras Unidades de Saúde, por profissionais de saúde que participaram de nossas oficinas, e se motivaram a incluir estas práticas em sua atuação profissional.

Nesse sentido, as ações desenvolvidas neste projeto contribuíram para:

- A formação das acadêmicas de enfermagem ;
- A participação de gestantes e pais que puderam trocar experiências sobre o processo da gestação, parto e família;
- A divulgação em eventos científicos destas ações de extensão da UNEB em outros estados brasileiros;
- O reconhecimento do compromisso social da Universidade;
- O reconhecimento da relevância de incluir novas ações de capacitação de profissionais de saúde, vinculados ao programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário Cabula/Beiru;
- A avaliação da necessidade da produção científica visando divulgar os resultados parciais do projeto,

Em suma, o projeto desenvolveu ações na UNEB, durante o período de 2003 a 2012 com resultados exitosos, dentre eles, acredito, que o produto de maior valor sócio educativo diz respeito à contribuição com a formação acadêmica dos profissionais de saúde do DCV, bem como à formação de uma rede com as mulheres deste território.Embora o projeto tenha sido encerrado em 2012, as oficinas com as gestantes continuaram como atividade prática do

componente curricular “Saúde da Mulher no Parto e Pós-parto”, e “Estágio Curricular Supervisionado I”, e foram nessas atividades que identificamos a necessidade da criação do Coletivo de Doulas “Parindo a Ancestralidade” (DCVI-69278)[6] para atender o desejo das mulheres desse bairro, que amorosamente solicitavam a continuidade do acompanhamento pela comunidade da UNEB. A população do Cabula sabe e gosta de construir laços de amizade e de partilha, fortalecendo a vontade de promover novas ações.

Uma atividade que favoreceu a implantação das ações deste projeto, bem como a minha aproximação com as comunidades do Cabula, ocorreu por meio da atuação como coordenadora no Serviço Médico Odontológico e Social (SMOS) da UNEB, ver Fotografia 2, no período de 2008 a 2012, que me possibilitou, ocupar um espaço onde pude reconhecer as reais condições de saúde da população do entorno da Universidade, em especial a população da Estrada das Barreiras, Engomadeira e Narandiba, que por uma questão geográfica, conheciam e buscavam o atendimento naquele serviço.O cargo de coordenação possibilitou a

reestruturação do serviço, com reforma do espaço físico para aumentar o número de consultórios, a implantação de uma sala para acolhimento e implementação de práticas integrativas complementares (acupuntura, iridologia, massoterapia e reiki), preconizadas no Política Nacional de Práticas Integrativas, para a comunidade acadêmica. Este lugar também viabilizou a implementação das ações extensionistas dos projetos por mim coordenados, em razão da maior proximidade com o escopo administrativo da universidade, uma vez que o SMOS estava ligado à reitoria.

**Fotografia 2-** Serviço Médico Odontológico e Social -SMOS, UNEB

[6] O Coletivo “Parindo a Ancestralidade”, tem como objetivo acolher gestantes e puérperas que são vinculadas ao programa de Pré-Natal da UBS Mata Escura, promovendo ações extensionistas de educação e saúde, visando o empoderamento e a sensibilização dessas mulheres da sua capacidade inata de parir.

Fonte: Google Maps

Embora o SMOS seja uma clínica ambulatorial dedicado estritamente à comunidade acadêmica da UNEB, cotidianamente, propiciava atendimento médico ou odontológico para os moradores do entorno.Esse atendimento à população cresceu muito entre os anos de 2008 e 2010, levando a equipe médica e odontológica a procurar a Reitoria para reclamar da sobrecarrega dos atendimentos do SMOS, por conta das consultas extras oferecidas aos moradores do entorno da universidade. Em reunião, a equipe foi surpreendida quando o Reitor comunicou que o serviço deveria sim atender essa população, tendo como justificativa um questionamento bem razoável: “Como negar atendimento a uma população que está domiciliada no território que ocupamos? ”

Entre 2009 e 2010, ocorreram muitos conflitos decorrentes do atendimento àquela população. A saída que o Reitor propôs à coordenação foi marcar uma audiência com o Secretário de Saúde do Estado, na pessoa de Dr. Jorge Solla, para expor a situação e pedir uma solução.O contexto político era favorável naquele ano de 2010, e a audiência foi positiva, uma vez que o Secretário de Saúde apresentou como proposta para resolução desses conflitos, um convênio entre a UNEB e o SUS, ampliando o campo de estágio para os acadêmicos do curso de medicina recém-implantado no Departamento de Ciências da Vida. Nesse contexto, a coordenação do SMOS me possibilitou conhecer as condições de saúde e as iniquidades da população do entorno da universidade. A dificuldade para marcação de uma consulta médica ou odontológica nas UBS do bairro era tamanha que a população chegava a dormir na porta

das unidades de saúde para tentar agendamento, e não conseguindo na maioria destas tentativas, as pessoas adentravam o SMOS em busca de atendimento.

Naqueles seis anos à frente da coordenação do SMOS, pude conhecer a realidade enfrentada por estas pessoas que, cotidianamente, permanecem lutando contra as iniquidades que os sistemas de saúde não dão conta de atender. Em outubro de 2012, houve eleição para a Reitoria da UNEB e o candidato eleito não aprovou a proposta de convênio com o SUS, nem o atendimento médico à população do entorno da universidade. Assim, toda a tramitação para efetivação do convênio foi suspensa, a coordenação do SMOS foi substituída, e a nova gestão seguiu as orientações da novo Reitor.

### 3.3.2 Projeto Roda da Saúde

O Projeto da Roda da Saúde**,** proposto pela UNEB, tinha como objetivo fortalecer a integração da Universidade com a comunidade do seu entorno, mais especificamente do DSCB, tendo como foco central, o controle social para a melhoria do sistema de saúde do bairro. O intuito era promover a formação política e a capacitação dos usuários do SUS, conselheiros de saúde e lideranças populares. Os primeiros passos na construção desse projeto foram realizados com o I Encontro da Roda da Saúde, que aconteceu em 2003, no Campus I da UNEB, com a participação de 150 representantes dos três segmentos (instituições de ensino, serviços de saúde e comunidade), com objetivo de identificar problemas prioritários e propostas de intervenção na área da Educação em Saúde. O projeto foi aprovado pelo Ministério da Saúde, executado e apresentou resultados concretos e positivos, principalmente no que toca a formação dos conselheiros e lideranças populares.

Com o término dos recursos, a Roda (como já era conhecida pelo público participante) parou e, não foram poucas as lembranças, os anseios e os pedidos de que a **Roda da Saúde "**voltasse a rodar". Alguns profissionais de saúde, conselheiros e, principalmente, as lideranças populares pressionaram durante os anos de 2006/2007, demandando da UNEB o retorno do projeto. Após a realização de seis reuniões no primeiro semestre de 2007 envolvendo um grupo de professores e estudantes desta entidade, os profissionais de saúde, conselheiros, lideranças populares e colaboradores. Nesse contexto, foi elaborado uma proposta de projeto de articulação e capacitação que visou, na segunda etapa, priorizar as lideranças populares e conselheiros de saúde local para a gestão e controle permanente do SUS. Esta decisão teve relação com o propósito das lideranças comunitárias de conhecer e aprofundar seus conhecimentos nos instrumentos de diálogo e gestão participativa deste sistema de saúde.

Dessa forma, a UNEB se comprometeu a colaborar com a melhoria da qualidade da assistência à saúde, com a melhoria da gestão e da integração harmônica das áreas médica, administrativa e assistencial. Todas essas melhorais tendo como foco o controle social e o entendimento sobre a necessidade que os cidadãos saibam seus direitos, deveres. e assim possam contribuir na formulação, execução e controle das políticas públicas.

A saúde como "direito do cidadão e dever do Estado" foi preconizado na Constituição Federal de 1988 devido a luta do Movimento da Reforma Sanitária, para a implementação e execução do SUS. Nesse sentido, o projeto foi criado tendo em vista a necessidade de uma gestão participativa na saúde. Com espaços onde, usuários, gestores e profissionais pudessem interagir, refletir e planejar serviços de saúde de qualidade para a população. Para isso fez-se necessário a construção de processos pedagógicos permanentes que contribuíram para o desenvolvimento do interesse e participação dos sujeitos sociais em prol da democratização e melhor qualificação da gestão e serviços públicos.

A Roda da Saúde, como um espaço democrático de articulação, formação e capacitação, que envolve os diversos saberes (o popular, o científico e o técnico), foi ao encontro desta necessidade de apoiar e estimular o interesse e a participação social no controle permanente do SUS. A constituição de conselhos locais de saúde ainda era muito incipiente na área, sendo apontada, na época, a falta de apoio dos gestores das unidades de saúde, como um dos fatores da resistência da comunidade local em formar os conselhos. Somava-se ainda a estes fatores a continuidade de problemas antes levantados pela Roda, em seu primeiro Encontro, e evidenciados até hoje: altos índices de diabetes e hipertensão arterial; abuso de drogas entre jovens; não priorização na atenção à saúde dos idosos; falta de informação sobre práticas de saúde por parte da população; desumanização dos profissionais; falta de capacitação dos profissionais para desenvolver práticas educativas com a comunidade.

Nesta perspectiva, a continuidade da Roda da Saúde pretendeu desenvolver uma ação educativa que propiciasse às pessoas, principalmente os conselheiros locais e lideranças populares, uma maior compreensão da saúde como um direito humano fundamental, e o aprendizado a conscientização dos instrumentos políticos de controle social do SUS. Ë de fundamental importância perceber que esse projeto foi um processo construído democraticamente entre a academia (UNEB), lideranças populares, conselheiros e gestores da saúde e que contou com um I Encontro (em 2003) e o projeto de Extensão (em 2005).

Considerando que a participação dos indivíduos influencia diretamente no nível de organização e funcionamento da sociedade, a UNEB, enquanto instituição formadora

apresentou esta proposta visando fomentar o controle social e fortalecer a gestão participação. O projeto, visou assim:

- Promover a articulação e capacitação dos conselheiros e lideranças populares do Distrito Cabula-Beiru no intuito de ampliar o interesse, os conhecimentos e promover a mobilização para uma qualificação no controle permanente em defesa do Sistema Único de Saúde, contribuindo assim para a melhoria dos indicadores do atendimento e da saúde nesta localidade;
- Estimular a participação e avaliação das lideranças populares e conselheiros de saúde nos serviços do SUS;
- Apoiar a formação política das entidades populares envolvidas na mobilização para o controle permanente do SUS;
- Formar multiplicadores e facilitadores para dinamizar a mobilização permanente pelo direito a saúde em defesa do SUS, habilitando os participantes do Projeto para o processo de multiplicação dos temas abordados nas Capacitações;
- Discutir com as lideranças e conselheiros em Saúde a importância do Controle Social em Saúde para efetivação do direito humano à saúde; bem como conhecimentos específicos do SUS como preconiza Agenda Nacional da Saúde durante as oficinas de controle social;
- Criar espaços de diálogo entre as lideranças populares, os conselheiros, o meio acadêmico e os gestores públicos da área de saúde.

Foram beneficiários do projeto: Conselheiros de Saúde e Lideranças Comunitárias do Distrito Cabula-Beiru (Bairros do Cabula, Mata Escura, Pernambués, Engomadeira, Doron, Narandiba, Saboeiro, Saramandaia e Tancredo Neves/Beiru), no total de 30 participantes diretos.Indiretamente o Projeto da Roda beneficiciou médicos, enfermeiros, técnicos, e auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos e agentes do PSF das 14 unidades públicas de saúde, dois hospitais públicos e um laboratório público, que integravam o território na época. Devido a sua abrangência e caráter multiplicador o projeto atingiu indiretamente um grande número habitantes do Distrito Sanitário Cabula-Beiru, no período, levando em conta a divulgação das ações do projeto através de cartazes, panfletos e da Assessoria de Imprensa da UNEB.

Foram parceiros do projeto:

- Secretaria Municipal de Saúde

- Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
- Conselho Municipal de Saúde
- Conselho Tutelar
- Conselho de Saúde do Cabula, Mata Escura, Pernambués, Engomadeira, Doron, Narandiba, Saboeiro, Saramandaia e Tancredo Neves/Beiru;
- Associação de Moradores do Cabula, Mata Escura, Pernambués, Engomadeira, Doron, Narandiba, Saboeiro, Saramandaia, Rua Amazonas de Baixo, Vila Amazonas, Tancredo Neves/Beiru,
- Projeto Cidadão
- Centro Social Urbano do Doron e Pernambués,
- Hospital Roberto Santos
- Escola Baiana de Medicina.

As ações foram desenvolvidas paulatinamente com a própria comunidade do Distrito Cabula-Beiru, profissionais convidados, docentes da UNEB, alunos bolsistas dos diversos cursos de saúde (enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, etc.) do Departamento de Ciência da Vida da UNEB (DCV) e voluntários que foram inseridos de acordo com a necessidade do projeto.

A metodologia do trabalho foi problematizadora, partindo do saber e da realidade dos participantes, os quais juntos construíram um novo saber compartilhado sobre a realidade que se desejava transformar.

As atividades do Projeto foram desenvolvidas através de:

- 8 oficinas temáticas para discutir e refletir o conteúdo programático através de debates, dinâmicas de grupo, valorização das experiências dos participantes. Realizou também seis reuniões com os participantes do Projeto para avaliar as atividades desenvolvidas no projeto e para planejar e articular estratégias de intervenção social das lideranças e conselheiros para transformação da situação de saúde no Distrito Cabula-Beiru.

O projeto contou com  bolsistas acadêmicas do Curso de Enfermagem que estavam associando as disciplinas de Educação em Saúde, Saúde Coletiva I e II ao planejamento em serviços de saúde. As acadêmicas atuaram nos processos de mobilização da comunidade para a participação social no SUS, bem como monitores do curso de capacitação.A capacitação teve como conteúdo programático:

- O conceito de saúde – discutir a visão predominante de saúde como assistência médica e a proposta abrangente definida pelo projeto da Reforma Sanitária.
- Dados epidemiológicos do estado de saúde da população – causas e consequências – identificar os principais problemas que afetam a população, suas causas e possíveis soluções.
- O sistema de saúde brasileiro – conformação atual e desenvolvimento histórico.
- A legislação da saúde – Constituição Federal, leis 8,080/90; 8.142/90, Constituição Estadual e Municipal. O controle social do SUS – Conferências e Conselhos de saúde. Atribuições e competências.
- Instrumentos legais para o Controle Social do SUS;
- A fiscalização dos recursos da saúde – financiamento e orçamento. A prestação de contas dos recursos aplicados na saúde.
- O Pacto pela vida e a Gestão do SUS;
- Desafios para a mobilização social e participação cidadã;

As atividades do projeto foram avaliadas de forma processual, através das reuniões bimestrais (04), das reuniões quinzenais (16) e dos encontros (02) com os participantes do projeto (alunos, bolsistas, instrutores e coordenadores) para avaliar as atividades desenvolvidas, como também para discutir o papel das lideranças e conselheiros na transformação da situação de saúde do distrito. Estes encontros discutiram os problemas de saúde no cotidiano dessas pessoas, e construíram estratégias de enfretamento e solução dos mesmos.

O projeto atingiu todos os objetivos propostos, sendo o curso bem avaliado pelos participantes. Houve uma repercussão positiva no DS, entre profissionais de saúde, lideranças, e também na própria Secretaria de Saúde Municipal. As acadêmicas envolvidas também avaliaram o aprendizado como rico, agregando a formação profissional conhecimentos complementares acerca do funcionamento do SUS e do Controle Social. O projeto também gerou como resultado, a elaboração de uma cartilha educativa sobre Controle Social e Saúde, recurso importante, para o processo de ensinoaprendizagem futuro na comunidade do Distrito Sanitário Cabula- Beiru.

### 3.3.3 Projeto Valorização das Parteiras Tradicionais da Chapada Diamantina-BA: Três Marias

Em agosto de 2006, a UNEB, através do Centro de Estudos das Populações Afro-

Índígenas Americanas (CEPAIA) recebeu a solicitação da Associação de Moradores de Caeté-Açú, no município de Palmeiras, na Região da Chapada Diamantina de apoiar um evento que promovesse o debate acerca das questões relacionadas à assistência a gestação e parto. A partir desta solicitação foi estabelecida, inicialmente, uma parceria entre professores e professoras do Departamento de Ciências da Vida - UNEB, juntamente com a UNEB Campus Seabra/Chapada Diamantina e a Associação de Moradores de Caeté-Açu – Palmeiras.

Através desta parceria foram acionadas as Secretarias Municipais de Saúde das cidades de Andaraí, Mucugê, Palmeiras, Seabra e Lençóis, que constataram, juntamente com esta comissão, a necessidade de se organizar um evento que reunisse atores sociais dos diversos segmentos das comunidades para aprofundar as discussões acerca da situação de Saúde da Mulher nestes munícipios, valorizando os saberes populares e a compreensão do processo de saúde da cultura local.

Assim, foi organizado o I Encontro de Parteiras, Rezadeiras e Benzedeiras da Chapada Diamantina que teve dentre outros, os seguintes objetivos:

- Identificação das práticas de saúde utilizadas pelas comunidades tradicionais da Chapada Diamantina;
- Sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da contribuição dos saberes das Parteiras, Curandeiras e Benzedeiras enquanto agentes de saúde pública destas comunidades;
- Identificação e documentação das ervas medicinais utilizadas nas comunidades tradicionais na Chapada Diamantina.

Para atender às demandas do I Encontro de Parteiras, Rezadeiras e Benzedeiras**,** surgiu a necessidade de se implementar uma proposta de identificação e valorização de práticas e saberes, relacionados às populações tradicionais, especificamente de Parteiras, Curandeiras e Benzedeiras, na Chapada Diamantina.Estudos do CEPAIA afirmam que essas comunidades formaram a base de resistência do povo negro na Bahia e o silêncio imposto a elas, ao longo do tempo, impediu que o potencial e o patrimônio das mesmas fossem registrados e inseridos na história. Dados relevantes sobre a história da Chapada Diamantina revelam que nos povoados de Barra do Brumado e Mato Grosso, a 20 quilômetros do centro de Rio de Contas, existia um quilombo formado por negros fugidos de um navio naufragado em Itacaré/ Bahia. Segundo contam, o grupo se embrenhou sertão acima pelo Rio de Contas e veio parar no alto da serra, onde fundaram uma comunidade, hoje dividida em duas: Barra do

Brumado e Bananal. Hoje existem 12 quilombos já reconhecidos e certificados na Chapada Diamantina, os quais preservam, no seu cotidiano, a cultura milenar trazida da África, revelando conhecimentos e cultura dignos de serem registrados como patrimônio cultural brasileiro.

A UNEB, através do CEPAIA, em parceria com a Associação dos Quilombos da Chapada com as Secretarias de Turismo e Cultura dos Municípios de Palmeiras, Lençóis, Andaraí, Rio de Contas, Mucugê, Seabra e Morro do Chapéu e outras entidades representativas da sociedade civil, bem como o apoio da Secretaria de Cultura do Estado propôs, a implementação de uma proposta participativa, que visou dentre outros objetivos, a identificação e preservação dos bens culturais imateriais das comunidades tradicionais na região da Chapada Diamantina. Propôs implementar um calendário de atividades, de cunho histórico-social, artístico e educativo, para o período de julho de 2007 a julho de 2009 – com avaliação intermediária após 12 meses de implantação, tendo como objetivos: Mapeamento, registro e divulgação das práticas religiosas, movimentos culturais e práticas de saúde popular.

- Promover ações de mobilização nas comunidades tradicionais, visando fortalecer suas raízes e beneficiar todas as ramificações culturais delas resultantes;
- Criar estratégias de proteção e divulgação dos saberes populares das comunidades tradicionais da Chapada Diamantina;
- Preservar a arte de partejar das *Parteiras Tradicionais.*
- Promover manifestações culturais para a expressão de orações, rezas, ternos, cantos e ladainhas, como registro imaterial cultural dessas comunidades;
- Fomentar espaços de debate à respeito destas manifestações sócio-culturais enquanto estratégia de fortalecimento da identidade étnica;
- Fomentar a interação entre as diversas comunidades tradicionais visando o fortalecimento da mobilização enquanto instrumento da cidadania;
- Construir estratégias efetivas para o controle social visando a melhoria da qualidade de vida dessas comunidades ;
- Fortalecer o movimento em favor do reconhecimento das comunidades tradicionais enquanto patrimônio imaterial brasileiro.

O projeto contou com uma metodologia que associou:

- Pesquisa-ação no sentido de pretender transformar a realidade através da participação direta dos interessados, que não somente são os autores deste processo, mas também dos conhecimentos criados através da pesquisa;

- Pesquisa participativa onde os atores promovem sua própria pesquisa, e também criam dispositivos onde as relações de poder, saberes, desejos são coletivamente discutidas e instituídas;

- Pesquisa sociopoética, já que está baseada nos cinco princípios norteadores da sociopoética:

Essa metodologia justificou-se através dos objetivos propostos, pois mapear o conhecimento e as práticas de um grupo social sem dar autoria e poder aos interessados, seria uma imposição cultural e não uma prática dialógica.

Assim, este projeto visou tanto o fomento da auto-organização e o crescimento da auto-estima, como a identificação e a divulgação dos saberes e práticas culturais destas comunidades.

Para implementação das ações do projeto, contamos com acadêmicas (voluntárias e bolsistas), que participaram de todas as etapas: desde o planejamento do projeto, passando pela capacitação metodológica em metodologias participativas, até a fase final de avaliação e encerramento da proposta, com elaboração do relatório final.

A avaliação final apontou para os seguintes resultados:

- Mapeamento de 64 Parteiras quilombolas;
- Articulação com a rede de atenção básica, entre a comunidade acadêmica, os gestores dos seis municípios, e as Parteiras;
- Sensibilização dos gestores de saúde, para a inclusão da parteira na rede da atenção básica, como oficio e liderança local;
- Envolvimento efetivo e afetivo dos acadêmicos;
- 01 Cartilha intitulada “Saber de Parteira”, publicada em 2009, pelo MS;
- 01 Documentário em DVD, sobre a experiência do projeto;
- 01 relatório final, publicado pelo MS.

A partir dos resultados dessa proposta, a coordenação de Saúde da Mulher do MS, solicitou um novo projeto para ser aplicado em outras regiões do Brasil, que descrevo na próxima sessão.

### 3.3.4 Projeto Capacitando Parteiras Quilombolas

A experiência adquirida durante o desenvolvimento das ações do Projeto de Extensão Três Marias realizado pela UNEB, revelou um grande envolvimento e compromisso dos profissionais de saúde e Gestores Municipais para a melhoria da qualidade da Atenção ao Parto naquela região. Nos anos correntes do projeto estabeleceu-se a socialização de conhecimento entre o meio acadêmico - pesquisadores, professores, estudantes, técnicos da área de saúde - e a sabedoria popular das *Parteiras Tradicionais* resultando em análises críticas das dificuldades estruturais de gestão de saúde da região da Chapada Diamantina – BA (GALVÃO, 2009).

As ações de integração e capacitação que foram desenvolvidas através do referido Projeto, apontaram para a necessidade de novas reflexões e propostas efetivas para dar visibilidade a real situação de atenção ao parto domiciliar realizado por *Parteiras Tradicionais* em comunidades rurais e quilombolas.

Visando incluir e qualificar as *Parteiras Tradicionais,* o Ministério da Saúde instituiu em 2000 o Programa Trabalhando com Parteiras que toma como referência, a diversidade social econômica, cultural e geográfica do Brasil para atender as especificidades e necessidades de populações tradicionais rurais quilombolas e indígenas (BRASIL, 2010).

Considerando que as comunidades onde estão localizados os remanescentes de quilombo apresentam difícil acesso, a situação de atenção ao pré-natal e parto, na maioria das vezes, dispõe apenas do atendimento e cuidados realizados pelo agente comunitário e pela parteira tradicional uma vez que nestas comunidades, o SUS encontra inúmeras dificuldades estruturais para oferecer o atendimento local (GALVÃO, 2009).

Apesar da escassez de estudos sobre o perfil epidemiológico de populações remanescentes de quilombos, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Negro, através relatório Saúde Brasil (2005) identificou que há uma disparidade nos dados de mortalidade infantil e pré-maturidade entre negros e indígenas, e brancos e amarelos evidenciando, portanto, que negros e indígenas apresentam maior risco de prematuridade, assim como morrem mais por doenças infecciosas e desnutrição. O documento afirma ainda que, as mulheres negras grávidas morrem mais de causas maternas, tais como: a hipertensão própria da gravidez, do que mulheres brancas demonstrando assim, a necessidade de maior atenção por parte do SUS para este segmento populacional (BRASIL, 2005).

O projeto teve como objetivo geral: Promover o fortalecimento para inclusão das *Parteiras Tradicionais* Quilombolas no SUS através da Atenção Básica como estratégia para

promoção da saúde e redução da morbi-mortalidade materna e neonatal nos estados da Bahia, Maranhão e Goiás.

Para alcançar esse objetivo, foi necessário cumprir algumas etapas:

- Etapa 1- Encontro com Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde;
- Etapa 2- Identificação, Mapeamento e Cadastramento das Parteiras do Estado da Bahia;
- Etapa 3- 06 Cursos de qualificação para *Parteiras Tradicionais* Quilombolas e Profissionais de saúde nos estados da Bahia, Goiás e Maranhão;
- Etapa 4- Encontro de *Parteiras Tradicionais* Quilombolas e de avaliação dos cursos dos 3 Estados.

A proposta foi utilizar metodologia participativa em razão do perfil das participantes (*Parteiras Tradicionais*), em detrimento da importância de promover a interação entre as Parteiras quilombolas na perspectiva de conhecer o contexto no qual elas estão inseridas.

A meta foi parcialmente alcançada, vez que o convênio foi interrompido em outubro de 2018 por determinação da nova gestão federal.

Descrevemos abaixo as etapas que foram concluídas:

- Encontro com Secretaria Estadual de Saúde, dos 3 estados; e Secretarias Municipais de Saúde, dos municípios de Cachoeira, Muritiba, São Félix, Valença, Itaperoá, Cairu e Nilo Peçanha, na Bahia; dos municípios de Monte Alegre, Cavalcante e Teresina de Goiás, em Goiás; do município de Alcântara, no Maranhão;
- Identificação, Mapeamento e Cadastramento das Parteiras do Estado da Bahia.

Para implementação das ações de mapeamento e registro destas Parteiras no estado da Bahia, fez-se necessário estabelecer um processo de parcerias e articulações com gestores estaduais, municipais e representantes da sociedade civil.

### 3.3.5 Projeto Turismo de Base Comunitária

O Turismo de Base Comunitária é um projeto de pesquisa e extensão desenvolvido pelo grupo de pesquisa Sociedade Solidária, Educação, Espaço e Turismo (SSEETU), da UNEB, com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), do

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e da Superintendência da Educação Profissional e Tecnológica da Secretaria da Educação do Estado da Bahia (SUPROT/SEC-BA). Suas ações são desenvolvidas no Cabula e entorno e englobam a sensibilização, mobilização e formação para o desenvolvimento do Turismo de Base Comunitária, por meio de assessoria às comunidades.

Nesse projeto tive a oportunidade de participar do processo de planejamento e programação do V Encontro de Turismo de Base Comunitária e Economia Solidária (ETBCES) através de ações de articulação junto às lideranças do bairro do Beiru. Inicialmente, as reuniões de planejamento ocorriam no Colégio Estadual Helena Magalhães e em 2016, passaram a ocorrer no Colégio Estadual Zumbi dos Palmares (atualmente fechado). A participação dos atores sociais da comunidade escolar e lideranças da arte e cultura local era efetiva e, à medida que chegavam no espaço sentíamos que o clima da reunião ia se aquecendo, por conta das conversas que giravam em torno da dinâmica do bairro, havia interesse em contar e recontar os fatos e ocorridos nas suas comunidades. Impressionava-me perceber a capacidade daquelas pessoas formarem suas redes de apoio e se fortalecerem para juntos, articular as iniciativas de ações culturais e sociais de acordo com as demandas e os interesses da população local. Ao ouvir os representantes da comunidade do Beiru apresentando suas estratégias de superação para os problemas advindos da realidade enfrentada, pude refletir e repensar sobre a capacidade daquelas pessoas em transformar as dificuldades em oportunidades.

Essas reuniões abriram novas perspectivas para espaços onde a pobreza também pode ser resistência, resiliência e possibilidade de transformação. Adentrar uma escola de ensino médio de bairro periférico, poder ouvir relatos vivenciados cotidianamente por professores, alunos, funcionários e lideranças locais ao descortinarem seu panorama cotidiano, aumentou minha capacidade reflexiva e me sensibilizou para problemas inerentes ao contexto ali exposto por sujeitos que pensam e sentem de outro lugar.

Embora já conhecendo os dados epidemiológicos daquela região, na vertente do conhecimento acadêmico, evidenciados nos problemas do estado de saúde, como por exemplo a prevalência de gestações na adolescência, muitos casos de violência (doméstica, sexual, maus tratos, policial, feminicídio); uso abusivo de álcool pela população, além de muitos moradores em situação de rua, há muita distância entre tais dados e a experiência de ouvir os sujeitos narrando seus problemas cotidianos.

Os dados obtidos em literatura científica não são capazes de alcançar totalmente a

realidade. Ouvir de uma professora que quatro adolescentes evadiram naquele ano letivo, porque engravidaram e não querem voltar à escola desencadeou em mim um sentimento de indignação muito forte. Saber que o motivo pelo qual estas meninas não vão retornar ao colégio, para concluir o ensino médio, é o *bullying* ou outras formas de críticas e julgamentos por parte da comunidade escolar, me deixou impactada. O fenômeno da evasão escolar de meninas jovens pode ser visto por uma série de fatores. O *site* Agência Brasil atesta que estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatíticas(IBGE) e MEC, de um total de 1,3 milhão de jovens que se encontram evadidos da sala de aula, 610 mil são meninas; dentre elas, apenas 2% das adolescentes que se tornaram mães durante o Ensino Médio, continuaram seus estudos (TOKARNIA, 2016).

Dados da pesquisa Nascer Brasil (2014) apontam, que 66% das gestações em adolescentes são indesejadas estando relacionadas a falta de informação, falta de apoio de redes familiares e comunitárias, constituindo um tema de iniquidade que afeta as adolescentes de grupos de maior vulnerabilidade social, revelando uma maior concentração de gestação indesejada na adolescência nas regiões Norte e Nordeste, sobressaindo mais as de cor negra com baixa escolaridade.

Essa foi uma das questões que mais me impactou, porque senti grande dificuldade em abordar questões relativas a gênero, identidade e sexualidade na adolescência com o próprio grupo de professores, que tinha dificuldade e resistência em tratar desses temas em sala de aula.

Nesse âmbito, a proposta dos Parâmetros Curriculares Nacionais para Orientação Sexual recomenda que a escola trate da sexualidade como algo fundamental na vida das pessoas, questão ampla e polêmica, marcada pela história, pela cultura e pela evolução social, onde a orientação sexual deve possibilitar reflexão e debate, possibilitando que os adolescentes construam suas opiniões e façam suas escolhas (BRASIL, 1997).

O Projeto Saúde e Prevenção na Escola (SPE), do Ministério da Saúde, iniciado em 2003, é uma das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), que tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Tem como base importante o campo da prevenção do HIV/Aids e da gestação na adolescência, dialogando com a noção de direitos humanos para lidar com o tema da sexualidade nas escolas, na perspectiva dos direitos reprodutivos e sexuais (MS, 2015).

A estrutura curricular desse projeto deve levar em consideração a valorização do espaço escolar na construção de diferentes abordagens interdisciplinares, intersetoriais e

complementares, na temática da prevenção de doenças e agravos, da promoção à saúde sexual e da saúde reprodutiva. O currículo deve estar comprometido com a promoção da aprendizagem, com a inclusão dos sujeitos com necessidades especiais, com a diversidade cultural, social, étnico-racial, de gênero e orientação sexual (MS, 2015).

Construir espaços de diálogo entre adolescentes, jovens, professores, profissionais de saúde e comunidade é, um importante dispositivo para construir resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST´s). Os professores devem incluir temas sobre saúde sexual e reprodutiva, mas até onde pude observar, estas diretrizes não são atendidas na maioria das escolas. Em especial nos últimos anos com a influência do atual quadro do Ministério da Educação, que tem política conservadora.

Nesse âmbito, o Projeto TBC Cabula também propôs em seu Eixo de Saúde Coletiva, encontros e rodas com professores e alunos para debater e refletir essa temática a partir da própria realidade escolar local tomando como referência a exigência da abordagem do assunto a partir de uma provocação oriunda dos próprios professores, que solicitavam a inclusão da temática da Gestação na Adolescência na programação do Eixo de saúde Coletiva. Paradoxalmente, esse mesmo grupo de professores que solicitou a inclusão da temática, expressou forte resistência para tratar de tema correlato-Sexualidade na Adolescência

Foram realizadas três oficinas, no colégio Helena Magalhães, com tema “Gênero, Sexualidade na adolescência, e prevenção de gestação na adolescência”. As oficinas foram planejadas e moderadas por acadêmicas de Enfermagem do componente curricular Enfermagem em Saúde da Mulher no Parto e Pós-Parto, através de metodologia participativa, com base nas discussões em sala de aula acerca da Educação em Saúde.

Como resultado, especialmente para as acadêmicas, a experiência com a Educação em Saúde e a participação popular, com um público de jovens estudantes, desencadeou reflexões críticas a respeito do contexto social em que a população do entorno da universidade está inserida, sendo relatado por elas a mudança da visão hegemônica para uma visão humanista sob a população vulnerável do território.

O TBC também abriu possibilidades para adentrar um outro lugar nas comunidades do Cabula nunca antes visitadas, ressignificando positivamente o meu olhar sobre essa população. Foi a partir das pesquisas e das ações extensionistas desse projeto que ampliei meus vínculos com as mulheres guardiãs da riqueza cultural. A partir dessas vivências com esse povo que pude conhecer o povo do candomblé e saber dos cuidados oferecidos por esta comunidade de terreiro ao povo de santo. No Antigo Quilombo Cabula, em especial no Beiru,

onde ocorreram os V e VI ETBCES, os terreiros constituem-se como focos de resistência e cultura, representando também polos de difusão de informações e trocas de saberes, que muitas vezes não são reconhecidos pela classe dominante.

### 3.4 Reflexões sobre a importância das ações extensionistas para a formação da profissional de enfermagem

Como demonstrado neste capítulo, a longa trajetória no contexto da formação de enfermeiras me permite afirmar que a Educação em Saúde representa uma excelente proposta para os processos da construção compartilhada do conhecimento. Essas experiências promovem a interação entre acadêmicas e usuários, favorecendo a complementaridade de saberes, agregando ao conhecimento científico os saberes populares que impactam positivamente em novas formas de pensar a saúde, aperfeiçoando as ações de cuidado e contribuindo efetivamente para a formação da enfermeira.

É possível observar algumas dessas contribuições para a formação da enfermeira a partir de relatos colhidos com egressas do curso de enfermagem da UNEB que participaram dos projetos de extensão descritos anteriormente.

**Quadro X** -Relatos de egressas do curso de Enfermagem da UNEB*

| **Relatos** | **Contribuições para a formação** | **Pressupostos teóricos** |
|---|---|---|
| "De forma geral, as ações dos projetos de extensão, me ajudaram a vencer a timidez, o que me ajudou bastante nas aulas práticas da grade curricular, me deu a oportunidade de perceber que eu poderia buscar melhorar, me aperfeiçoar durante o processo da graduação para me transformar em uma profissional mais preparada e mais qualificada para o atendimento." | ● Relacionamento interpessoal;<br>● Incentivo à educação continuada;<br>● Reflexão crítica acerca da assistência a ser prestada. | ● Educação continuada (ZAYAS, 2012);<br>● Pedagogia da Educação (FREIRE, 2008)<br>● Relacionamento interpessoal (BERTONE; et al, 2007) |
| "Participar dos projetos da extensão me ajudou também a desenvolver a capacidade de enxergar o indivíduo de forma holística e menos tecnicista porque na grade curricular do curso, eu sentia que me treinavam para cuidar só da patologia, eu via o corpo como uma máquina e a doença como um problema da máquina a ser resolvido, eu não aprendi olhar um corpo como um todo de forma mais ampla enxergar o paciente como um indivíduo que tem um contexto familiar, um contexto social que merece ser analisado para que o cuidado seja mais completo e mais humano. Os projetos de extensão proporcionam o ensino, o aprendizado a construção e a reconstrução do conhecimento." | ● Visão holística;<br>● Análise dos modelos de atenção a saúde;<br>● Integralidade;<br>● Determinantes de saúde;<br>● Reflexão crítica sobre o processo ensino-aprendizado. | ● Modelos assistênciais de saúde (DAVIS-FLOYD, 2003)<br>● Determinantes de saúde (LAURELL, 1983)<br>● Processo ensino-aprendizagem (SILVA; DELGADO, 2018)<br>, |
| "Hoje, muito da minha atuação profissional, eu devo a essa experiência, aprendi a não ignorar nenhum tipo de saber popular porque a gente precisa usar esses conhecimentos ao nosso favor, e além da troca cultural a troca de conhecimento foi muito intensa" | ● Complementarieda de dos saberes;<br>● Troca de saberes. | ● Valorização de saberes tradicionais (SANTOS; MENESES, 2010) |
| "(...) após a faculdade, e após defender o TCC, sobre a temática do parto domiciliar, publicado em artigo, e da autonomia da mulher, o empoderamento foi tão forte que eu fiz um projeto pra entrar no mestrado sobre autonomia | ● Identificação com a área de saúde da mulher;<br>● Incentivo a pós | ● Educação continuada (ZAYAS, 2012);<br>● Afinidade vocacional (ALMEIDA, 2013) |

| | | |
|---|---|---|
| da mulher no parto, era algo que eu realmente tinha muita vontade de estudar, de continuar estudando e eu queria seguir muito a minha vida acadêmica científica nesse caminho que é algo que realmente me encanta” | graduação, e continuidade da vida acadêmica científica. | |
| “ De contribuição pessoal, eu acho que o mais importante que aquela experiência teve para mim foi justamente me fazer despertar pra doçura que é necessária quando você lida com o outro a delicadeza de olhar pro paciente não como um paciente e sim como uma pessoa, como um ser humano.” | ● Despertar da visão holística;<br>● Sentimento de humanismo<br>. | ● Visão holística (DAVIS-FLOYD, 2003);<br>● Humanismo (BOFF, 2009); |
| “(...) a roda de conversa potencializava as mulheres, davam o protagonismo e a visibilidade do lugar de fala, na roda elas e nós encontrávamos aconchego, elas e nós sabíamos que não estávamos sozinhas.” | ● Redes de solidariedade;<br>● A questão de gênero;<br>● A necessidade de acolhimento. | ● Redes de solidariedade (ÉSTES, 2018);<br>● Gênero (DINIZ. 2009);<br>● Acolhimento (SOUZA, 2014. BRASIL, 2017). |
| “No início eu achava que era uma perda de tempo parar para planejar um encontro para orientar as gestantes, porque assim, na minha cabeça todas a informações e orientações já eram passadas para gestante durante a consulta do pré natal, mas logo na primeira roda de conversa que eu participei eu percebi que existem muitas falhas no atendimento às gestantes” | ● Planejamento e gestão em enfermagem;<br>● Qualidade do pré-natal; | ● Planejamento e gestão em enfermagem (KURCGANT, 2016) ;<br>● Qualidade do pré-natal (VIELLAS, et al; 2014) |
| “(...) despertou o interesse de buscar ser uma profissional da saúde diferente ser mais atenta, paciente me importar mais com o outro que está a minha frente, saber parar para ouvir o que o paciente o indivíduo o que a mulher tem a dizer.” | ● Reflexão crítica acerca da assistência a ser prestada.<br>● Escuta ativa; | ● PNAB (BRASIL, 2017); |

| | | |
|---|---|---|
| “Participar do projeto das parteiras pra mim foi uma experiência extraordinária, é até um pouco difícil falar a respeito porque eu me emociono muito quando lembro das parteiras que eu conheci. Mulheres de sabedoria infinita uma riqueza de crença e costumes, uma cultura que merece ser valorizada e muito respeitada e valorizar o conhecimento dessas mulheres é valorizar a minha ancestralidade.” | ● Valorização dos saberes tradicionais;<br>● Fortalecimento da identidade. | ● Valorização dos saberes tradicionais (SANTOS, 2010);<br>● Valorização da Ancestralidade (CARVALHO, 2015) |
| “A grade curricular do curso de enfermagem é moldada ainda numa lógica intervencionista e técnica, sempre com um viés hierarquizado entre nós e o paciente. Ao adentrar esses espaços de roda de conversas nos encontramos com essas mulheres e seus familiares numa perspectiva decolonial, onde todos ali têm espaço de fala de experiências, angústias e aprendizados. Nos fortalecemos e desenvolvemos a educação e saúde a partir da troca de saberes onde eu que não tenho experiência física prévia com o gestar e o parir aprendo mais do que posso ensinar com minhas leituras teóricas.Observando, ouvindo, e acolhendo integralmente as individualidades e subjetividades que estão ali presentes. Ter contato com esse olhar para a forma de cuidar na academia fez com que eu desenvolvesse em mim uma nova forma de pensar o período de gestação/parto/puerpério dentro de uma visão holística, deixando de lado a visão que são patológicas e me apaixonando pela fisiologias desses processos tão ricos, subjetivos e individuais. | ● Reflexão crítica acerca da assistência a ser prestada.<br>● Despertar da visão holística; | ● PNAB (BRASIL, 2017);<br>● Visão holística (DAVIS-FLOYD, 2003); |

| | | |
|---|---|---|
| “Trabalhar em roda para mim é um resgate ancestral, o fato de sentar em rodas no chão com mulheres para falar de nós, sobre nossas histórias, nossas vivências, nossos afetos, nossas dores, para mim é um lugar de muita potência. Ao longo de sete anos eu tenho participado de muitas rodas, e esse lugar pra mim sempre foi muito importante para refletir sobre meus processos, sobre as mulheres, acredito que isso nos fortalece muito e nos faz manter um elo também com as nossas acentrais, onde temos uma oportunidade de tecer um cuidado sobre nós e para nós. A gente se disponibiliza para falar mas também para escutar. A escuta é fundamental. E isso me levou também a entender que um círculo de mulheres é um círculo poderoso, sagrado, dentro da compreensão de que sagrado é o cotidiano, é o dia a dia, é a nossa vida, é algo muito perto e próximo de nós. E quando a gente senta em círculo a gente ativa, reativa e relembra esse poder.” | ● Escuta ativa;<br>● A questão de gênero<br>● Fortalecimento da identidade. | ● PNAB (BRASIL, 2017);<br>● Gênero (DINIZ. 2009);<br>● Valorização da Ancestralidade (CARVALHO, 2015) |

Fonte: elaborado pela autora.

*Os relatos de alunas egressas foram coletados a partir de um questionário encaminhado com o objetivo de avaliar o nível de aprendizado proposto pelos projetos de extensão, após a primeira qualificação deste trabalho.

A partir dos relatos apresentados, é possível identificar o quão valorosa é a experiência das acadêmicas com as ações extensionistas. Acredita-se que é possível identificar muitas contribuições positivas para a formação da profissional de enfermagem numa visão holística do indivíduo, valorizando saberes tradicionais e populares, aproximando-as da comunidade e ressignificando o entendimento sobre profissional almejada.

O diálogo que surge entre as acadêmicas e os diversos atores sociais nas ações extensionistas contribui para o crescimento profissional, constrói-se um espaço de aproximação, de acolhimento e união entre todos. Essas experiências permitem a construção de vínculos e funciona, muitas vezes, como uma rede social de apoio para todos envolvidos no processo. Nesse sentido, notou-se o quanto é preciso investir na criação de espaços de relacionamento informal e afetivo na comunidade, bem como ficou evidente o quanto é importante fazer o mesmo nas relações entre os estudantes e os professores. Há saberes e questionamentos que só vão para a mesa de conversa em um clima de intimidade e muita amizade. Nesse acolhimento afetivo, compartilho inseguranças e descubro proximidade com os acadêmicos, professores, profissionais de saúde, e principalmente com a comunidade (LEITE, 2013).

A formação do profissional de saúde transforma-se dinâmica e continuamente pela influência dos contextos sociais, políticos e econômicos que a sociedade vivencia. E nessa perspectiva, o ensino da enfermagem deve ser pautado em uma formação cidadã e integral condizente com as novas demandas sociais, de modo a superar a visão tradicionalista e dicotômica entre educador e educando. Educar envolve criar possibilidades para a produção e construção de conhecimentos, integrando não somente a aprendizagem de conteúdos, mas também a formação ética e cidadã dos educandos. Assim, o educador deve concretizar o processo de ensinar-aprender em uma perspectiva de parceria, de complementaridade com o educando, porque há uma ampliação do conceito de educação e de processo de ensino-aprendizado. Historicamente o ensino tem sido considerado *bancário*, centralizado no papel do professor como transmissor de conhecimento (RODRIGUES; et al, 2016).

Nesse contexto, o pensamento pós-abissal, apresenta a proposta da descolonização dos saberes, ressignificando a importância de todos os conhecimentos, para a construção contínua de um conhecimento global que dê conta da complexidade dos problemas de saúde da população, mediado por saberes prévios, pelas competências e habilidades inerentes a enfermeira. Nesse âmbito, A Epistemologia do Sul, proposta por Santos e

Meneses (2010), pode subsidiar um ensino contemporâneo que contribua para uma formação mais abrangente e qualificada. Segundo os autores para que a intencionalidade e a compreensão das práticas sociais seja a mais abrangente, justa e democrática possível, a energia deve focalizar-se na valorização da diversidade de saberes, no diálogo horizontal entre as diferentes formas de conhecimento, o que eles denominam de ecologia dos saberes. Ressalto nesse âmbito, a essencialidade de utilizar as ações extensionistas para formação das enfermeiras no sentido desenvolver o pensamento crítico das acadêmicas, capacitá-las a atuar nas mais diversas situações, reconhecendo os diversos saberes resultando em reflexões teóricas e de competências dialógicas como proposto por esses autores para descolonizar o saber. (SANTOS e MENESES, 2010).

Nesse contexto de novos processos de aprendizados, apresento no próximo capítulo a colonialidade do saber e do poder, como dispositivo hegemônico que reduz os sentidos e significados do processo saúde doença.

# 4 COLONIALIDADE E MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO: Saberes biomédicos e Saberes de Parteiras Tradicionais

Neste capítulo intenciono apresentar brevemente fundamentos da discussão em torno da colonialidade do saber e do poder, que vem representando nos últimos anos um importante "giro epistêmico" a partir das ciências sociais, mas atingindo potencialmente todos os campos do saber. Assim, principalmente a partir de autores latino-americanos apresento percepções em torno do entendimento dos efeitos do processo de colonização, que ainda hoje se mantém vivo por meio da colonialidade implicando nos processos sociais do país. Entretanto, são colocadas também alternativas que respondem à tais processos, construindo estratégias de resistência e novos caminhos para o "pensar" e o "fazer". Nesse sentido, descrevo sucintamente a comprensão da decolonialidade, a perspectiva da ecologia dos saberes e da contra-colonialidade.

A colonialidade no Brasil esteve intrinsecamente ligada aos processos que relacionam a medicalização da vida e a validação do modelo biomédico de assistência em saúde, implicando no modelo hegemônico que articula o capitalismo global ao biopoder. É a partir dessas balizas que o parto é institucionalizado no Brasil e na Bahia. Em múltiplos cenário da assistência ao parto, se constata indubitavelmente a hegemonia do modelo tecnocrático de atenção, mas o mesmo coexiste com os modelos humanizado e holístico. Assim, descrevo também como o Movimento de Humanização da Assistência ao parto procura tensionar o cuidado para a autonomia das mulheres, uma assistência qualificada e promotora de direitos e como o modelo holístico resiste nas práticas e saberes de *Parteiras Tradicionais* que, mesmo em menor número, continuam vivas e atuantes.

## 4.1 Colonialidade do poder e do saber e perspectivas para além: ecologia dos saberes, decolonialidade e contra-colonialidade

O saber científico eurocêntrico criou o método científico ocidental, que tinha como princípios norteadores, a razão e o método, suprimindo o corpo, as emoções e a espiritualidade. Outra característica do saber científico, oriundo da ciência moderna, foi estabelecer a separação simbólica entre o homem e a natureza, desencadeando outras dicotomias próprias do saber moderno ocidental que construiu a ideia de que a melhor forma de vida é a do homem branco, colonizador, europeu (SEGATO, 2014; NASCIMENTO, 2010; QUIJANO, 2005).

A modernidade e a racionalidade foram construídas na perspectiva exclusiva do povo europeu, com relações intersubjetivas estabelecidas a partir da Europa Ocidental para o restante do mundo e com relações codificadas entre europeus e não-europeus, numa lógica binária, dualista e peculiar ao eurocentrismo, impondo uma ordem hegemônica no fluxo da expansão do domínio colonial da Europa sobre o mundo (QUIJANO, 2005).

Assim, o processo da chamada "modernidade", marginalizou, omitiu e silenciou os saberes locais e tradicionais, impondo a superioridade do saber europeu através da colonialidade do poder, que representa uma imposição da classificação étnica da população, operando como centro mundial do capitalismo, colonizando o mundo, através da racionalidade da ciência positivista (QUIJANO, 2005).

Originalmente o conceito de Colonialidade do Poder foi desenvolvido por Aníbal Quijano, em 1989, quando apresentou uma teoria sobre as relações de colonialidade nas esferas econômica e política, discordando da instituição do colonialismo. Esse pensamento possui uma dupla pretensão, primeiro denunciando "a continuidade das formas coloniais de dominação após o fim das administrações coloniais, produzidas pelas culturas coloniais e pelas estruturas do sistema-mundo capitalista moderno/colonial"; e posteriormente, possui uma capacidade explicativa que atualiza e contemporiza os processos, que supostamente teriam sido apagados, assimilados ou superados pela modernidade (GROSFOGUEL, 2008).

O colonialismo estabeleceu uma relação política e econômica, em que a soberania de um povo está no poder que exerce sobre outro/s povo/s ou nação/ções, atribuindo a si o poder de império e aos demais a responsabilidade de sustentar esse império. Reforçando as estruturas de poder estabelecidas, a colonialidade se refere a um padrão que emergiu como resultado do colonialismo moderno, mas, em vez de estar limitado a uma relação formal de poder, entre dois povos ou nações, se relaciona à forma como o trabalho, o conhecimento, a autoridade e as relações intersubjetivas se articulam, reguladas pelo mercado capitalista mundial e fortalecido pela ideia de raça. Portanto, apesar do colonialismo preceder a colonialidade, esta se mantém viva na autoimagem dos povos, nas aspirações dos sujeitos, na cultura, no sentido comum, em textos didáticos, nos critérios para o bom trabalho acadêmico e em muitos outros aspectos da experiência moderna (TORRES, 2008).

Mais do que uma imposição política, militar, jurídica ou administrativa, o colonialismo atinge às raízes mais profundas de um povo e sobrevive apesar da decolonização ou da emancipação das colônias latino-americanas, asiáticas e africanas nos séculos XIX e XX.

Do ponto de vista da produção da divisão racial do trabalho, do salário, da produção cultural e dos conhecimentos, o conceito de raça foi criado para inferiorizar os grupos humanos indígenas e africanos, lhes negando o legado intelectual e histórico, reduzindo-os a categoria de primitivos e irracionais, fragilizando os povos indígenas e africanos. Os colonizadores codificaram esses povos, utilizando a cor e os traços fenotípicos, para legitimar as relações de dominação impostas pela conquista da América, atribuindo uma perspectiva eurocêntrica de conhecimento superior através da elaboração teórica da ideia de raça como uma naturalização dessas relações coloniais de dominação entre europeus e não europeus (QUIJANO, 2005).

Nesta perspectiva, Quijano (2005) critica o poder colonial a partir de duas implicações: uma diz respeito às identidades singulares históricas, que reduziram a identidade de indígenas e africanos e a outra que construiu uma nova identidade racial colonial negativa, capaz de produzir culturas inferiores, numa perspectiva de conhecimento dentro da qual o não-europeu constituía um passado inferior e primitivo, abordando a colonialidade do saber como a repressão de outras formas de produção de conhecimento não-europeias, negando o legado intelectual e histórico de povos indígenas e africanos. (QUIJANO, 2005)

Oliveira e Candau (2010) apontam a colonialidade do poder como responsável pelo *fetichismo epistêmico*, onde a cultura, as ideias e os conhecimentos dos colonialistas aparecem de forma sedutora, que se busca imitar. Impondo a colonialidade do saber sobre os não-europeus, evidenciou-se também uma geopolítica do conhecimento, ou seja, o poder, o saber e todas as dimensões da cultura definiam-se a partir de uma lógica de pensamento localizado na Europa.

A expressão “descolonial” não deve ser confundida como mera descolonização, porque em termos históricos e temporais, esta última indica uma superação do colonialismo, uma vez que, a ideia de descolonialidade busca transcender a colonialidade, a face obscura da modernidade, que permanece operando ainda nos dias de hoje em um padrão mundial de poder (BALLESTRIN, 2013).

A lógica do pensamento colonial foi estabelecida através da negação de um estatuto humano para os povos africanos e indígenas, que na história da modernidade colonial, foi implantando problemas reais em torno da liberdade, do ser e da história do indivíduo subalterno, constituindo para Walsh (2008) e Santos (2019) uma violência epistêmica.

Mignolo (2005) entende que esses processos, marcados por uma violência epistêmica, conduziram também a uma geopolítica linguística, já que as línguas coloniais ou imperiais, cronologicamente identificadas no grego e no latim, na antiguidade, e no italiano, português, castelhano, francês, inglês e no alemão, na modernidade, estabeleceram o monopólio linguístico, desprezando as línguas nativas e, como consequência, subvertendo ideias, imaginários e as próprias cosmovisões nativas fora da Europa.

A conquista ocidental submeteu a América Latina, a África e a Ásia, a uma estrutura de dominação, fragilizando o imaginário dos povos colonizados para subalternizá-los, reprimindo os modos de produção de conhecimentos e saberes. Desse modo, a raça converteu-se no primeiro critério de classificação da população mundial em níveis, lugares e papéis, para estruturar o poder da nova sociedade (QUIJANO, 2005).

A "civilização moderna ocidental" que se constituiu como representação dominante a partir do conjunto de países do Norte, que "dominam" economicamente o mundo, autodescreve-se como mais desenvolvida e superior, o que significa sustentar inconscientemente uma posição eurocêntrica. O sentimento de superioridade tem como consequência a obrigação de desenvolver os mais primitivos, bárbaros, rudes, como exigência moral. Esta dominação produz vítimas, de muitas e variadas maneiras, violência que é interpretada como um ato inevitável e como sacrifício. O herói civilizador reveste a suas próprias vítimas da condição de serem holocaustos de um sacrifício salvador, como o índio colonizado, o escravo africano, as mulheres, a destruição ecológica. Essa lógica coloca a modernidade como processo emancipatório culpabilizando o outro, bem como todos os discursos, que a constituem (LANDER, 2005).

Os discursos modernos de raça e classe constituem mecanismos sociais de poder da colonialidade, que engessam as relações coletivas nas bases do poder. Através da colonialidade, o discurso e a prática da modernidade se misturam. Anibal Quijano (2005), afirma que o discurso de raça foi uma estratégia utilizada para servir de instrumento de dominação, através do questionamento original sobre os povos indígenas terem ou não uma alma, para posteriormente estabelecer distinções entre as raças para classificá-los.

Nos seus estudos, Boaventura de Sousa Santos explica através do "*Pensamento Abissal"* a divisão do mundo em dois lados "deste lado da linha" e o "do outro lado da linha", onde o "outro lado", o colonizado, passou a ser inexistente, porque as sociedades colonizadas tiveram seu desenvolvimento baseado na dicotomia entre apropriação, incorporação, cooptação, assimilação/violência, destruição física, material, cultural e humana. Ou seja, para pertencer a humanidade, inserida no contexto moderno, passou a ser

necessário fazer parte do *ethos* colonial. O autor afirma que o conhecimento dito moderno representa manifestação legítima do pensamento abissal, no qual a ciência monopolizou o conhecimento universal entre o verdadeiro e o falso em detrimento de conhecimentos alternativos, como pode ser visto nos campos da filosofia e teologia.

Assim, Boaventura propõe as bases do pensamento pós-abissal, que aborda a Epistemologia do Sul, confrontando a monocultura da ciência moderna e defendendo a "*ecologia de saberes"*, que reconhece e valoriza a pluralidade dos conhecimentos heterogêneos em constantes interações sustentáveis e dinâmicas, entre si, sem comprometer sua autonomia na medida em que se fundamenta no reconhecimento da pluralidade (SANTOS, 2007)

Contrariando as concepções coloniais de que muitos povos não ocidentais seriam atrasados e não civilizados, a perspectiva decolonial valoriza as lutas dos povos historicamente subalternizados pela sobrevivência para uma construção de novos modos de viver, de poder e de saber. Objetivando dar visibilidade às lutas contra a colonialidade a partir de suas práticas sociais, epistêmicas e políticas, ultrapassando a transformação da descolonização para reconstruir o seu poder e o saber (OLIVEIRA; CANDAU, 2010).

Nessa perspectiva, Mignolo (2005) destaca que, o "*pensamento-outro*" caracterizado como decolonialidade se expressa na diferença colonial, como um reordenamento da geopolítica do conhecimento em duas direções: a crítica da subalternização e a invisibilidade de outros saberes, considerando a colonialidade como constitutiva da modernidade.

O projeto decolonial reconhece a dominação colonial nas fronteiras externas dos impérios (nas Américas, sudeste da Ásia e norte da África), bem como a reconhece também presente nas fronteiras internas dos impérios negros e indígenas do Brasil, indicando a década de 1960 como marco do colonialismo interno, quando o eixo racial estabeleceu uma divisão de privilégios, de experiências e de oportunidades entre negros e brancos, populações indígenas e brancos (COSTA;GROSFOGUEL, 2016).

O quilombola piauiense e relator de saberes conhecido como Nêgo Bispo (SANTOS, 2019) apresenta uma releitura contra colonial da história brasileira, baseada na cosmovisão dos povos colonizadores e colonizados. Segundo o mesmo, a base da cosmovisão desses povos pode ser encontrada a partir de sua religiosidade, sendo os povos colonizadores de origem monoteísta e os povos colonizados em terras brasileiras (afropindorâmicos) de origem politeísta.

Os primeiros apresentam um único Deus e seus mitos fundadores são baseados na desterritorialização, na demonização das mulheres e no trabalho como castigo, enquanto os segundos reconhecem vários deuses, que convivem com a natureza, em uma relação de troca e cooperação. Dos princípios dessas cosmovisões, foram construídas diferentes experiências culturais e organizativas, refletindo nas instituições sociais.

Os povos monoteístas colonizadores são regidos pela segmentação, que se reflete no modo de reprodução social, baseado em mercadorias e no dinheiro, sendo o mercado regulado pelo Estado. Este modo de viver pode ser considerado sintético, uma vez que voltado para as aparências e o "ter", sendo os saberes dessas sociedades, também, sintéticos. Os povos politeístas afropindorâmicos são regidos pela integralidade e integração, no qual a vida é produzida a partir de experiências compartilhadas entre todos os seres viventes. Este modo de viver pode ser considerado orgânico, uma vez que voltado para a realidade e o "ser" e os saberes dessas sociedades, saberes orgânicos.

Tal distinção pode ser vista comparativamente em diversas manifestações culturais e sociais, a exemplo dos jogos típicos dos colonizadores, com times disputando em arenas, com a intervenção de juízes (como no jogo de futebol). Enquanto isso, um bom exemplo de manifestação dos contra colonialistas é o jogo da capoeira, vivenciado em rodas, como uma comemoração, com a participação de todos (homens, mulheres, mais velhos, mais novos, iniciantes e experientes). Assim, Nêgo Bispo alinha a perspectiva contra-colonialista a produção do modo de ser orgânico e dos saberes orgânicos.

Por meio da discussão deste tópico, posso demonstrar alguns elementos sobre os desdobramentos da colonialidade em todas esferas de vida. Os modos de vivenciar, diagnosticar, tratar e cuidar da saúde, dos sofrimentos e adoecimentos também estão incluídos nos processos da colonialidade do saber e do poder, bem como as estratégias de resistência e contraposição à colonialidade que aqui foram citadas (ecologia dos saberes, decolonialidade e contra-colonialidade).

Enquanto dispositivo de poder, a colonialidade imprimiu e marcou severamente a humanidade. Como parteira senti na própria pele as marcas da colonialidade que cabe as mulheres denunciar. Em nome da ciência, a colonialidade se outorgou o direito de violentar o corpo das mulheres de todas as formas que a brutalidade consegue alcançar; seja silenciando-as, desqualificando-as, humilhando-as, negando suas emoções, suas dores e contraturas. É na concepção que a mulher floresce, se aquece, para se abrir de corpo e alma recebendo as bençãos divinas, nutrindo sua cria e se enchendo de graça. Foi nesse ciclo de vida que a obstetricia entrou para controlar, violentar e reduzir a meros procedimentos o

fenômeno do parto, por não conseguir dimensionar a profunda conexão dos mistérios da vida e morte. A medicina não honra ou reconhece os saberes tradicionais, sendo a colonialidade o instrumento utilizado para o afastamento desse saber ancestral.

No tópico seguinte, demonstrarei segundo essa perspectiva como se alinham o capitalismo, a medicalização e o biopoder na construção do modelo biomédico que terá incidência específica no cenário da assistência ao parto na coexistência de diferentes modelos de assistência ao parto no país.

## 4.2 Uma visão sobre a construção dos modelos de assistência ao parto: medicalização e biomedicina na assistência ao parto no Brasil e na Bahia

As mudanças estruturais da sociedade industrial e do capitalismo em seus processos econômicos, políticos e sociais, agregaram novas formas de cuidar à medicina moderna: lhe atribuindo significados próprios, com grande aparato tecnológico, gerando mudanças importantes dos papéis sociais simbolizados na figura de médicos, que passaram a representar a posição central do processo da assistência à saúde, e demais cuidadores. No cenário da assistência ao parto, enquanto que as mulheres foram realocadas para um plano secundário, destituíndo-a da autonomia sobre seu corpo e decisões por meio de uma série de processos de dominação, o que abordo mais adiante. (DAVIS-FLOYD, 1994). Nesse tópico, trabalharei como esse processo ocorreu, alcançando hegemonia também no Brasil e na Bahia.

O processo de instituição da medicina como poder social foi estudado por Foucault (2018), descrevendo uma sociedade na qual a população é manejada pela medicina através dos dispositivos disciplinares. A medicina, então, estabelece diversas medidas de controle sobre o corpo individual e coletivo, possibilitando o exercício do poder sobre a vida, o chamado biopoder.

A especialização técnica constituiu uma estratégia importante para legitimação do progresso científico e para desumanização da relação entre medicina e demandas sociais. A biotecnologia médica responde inadequadamente a demanda social por saúde e cuidados, deslocando-se do segmento social e revelando dificuldades para escutar, traduzir e

compreender o sentido social da dor e do sofrimento. O estudo de Martins (2003) aponta uma organização disciplinar da ciência médica submetida aos interesses do mercado, colocando em plano secundário os compromissos sociais do seu campo de saber. O capitalismo médico impõe um modelo de saber técnico que obedece a divisão disciplinar do campo científico, uma visão utilitarista e econômica do corpo humano num processo de ruptura das relações entre médico e clientes. Assim, supervaloriza a tecnologia e contribui para produção de medicamentos, equipamentos e serviços médicos hospitalares, vulnerabilizando a relação entre especialização e ciência. A medicina passou a atender ao mercado de acumulação de lucros desencadeando o descompasso entre a lógica do investimento em tecnologia e a lógica das doenças sociais (MARTINS, 2003).

Ao longo dos dois últimos séculos, as sociedades ocidentais desenvolveram um conjunto de técnicas, instituições, práticas e profissões para dar conta da complexidade da saúde das populações. Nesse complexo campo médico industrial gravitam a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos médicos e as instituições oficiais para formação de profissionais na área da saúde. Estes segmentos disputam legitimidade, poder e espaço político no mercado competitivo de produção da saúde e da doença, caracterizado como modelo biomédico de assistência. Se por um lado, a ciência responde positivamente aos problemas de saúde, por outro, produz a expropriação da capacidade de cuidado da população e em especial das camadas populares, tornando-as dependentes de cuidados médicos (SHIVA,2003; CAMARGO JR, 2007). O mundo dito “moderno”, capitaneado pela constituição da sociedade capitalista, com seus intensos processos de industrialização e urbanização, e pelos problemas daí advindos, inaugura mudanças radicais na sociedade, entre as quais situa-se a medicalização da saúde e seus efeitos sobre os sujeitos e instituições sociais.

A medicalização da vida e da sociedade constitui um processo em franca expansão internacional tendo como marco inicial o surgimento da biomedicina entre o final do século XVIII e o início do XIX, simultâneo ao fenômeno da industrialização e reorganização dos modos de vida nas cidades. Um dos pesquisadores que mais contribuiu para a compreensão desse contexto histórico foi Illich (1975) que dissecou os efeitos da medicalização para a saúde da população.

> A construção social da cultura medicalizada em dimensão sociopolítica pode ser considerada macrossociológica com críticas radicais às tecnologias médicas que ameaçam a saúde com a medicina moderna (ILLICH, 1975,p.).

Os fundamentos críticos sobre o processo de medicalização com a noção do

imperialismo médico, termo usado para se referir ao processo de supervisão médica de todos os aspectos ordinários da vida, enquanto produto da industrialização, responsável pela profissionalização e a burocratização da instituição médica foram elaborados por Illich que visualiza a medicalização como processo de grave ameaça para a saúde. Ele criou a noção de iatrogênese – iatros (médico) e gênesis (origem) – para denunciar a nova epidemia de intercorrências, danos e intervenções inapropriadas provocadas pela medicina. Ele afirma que embora o sistema médico tenha sido criado para proteger a saúde, produz paradoxalmente mais doenças (ILLICH, 1975).

As repercussões da ciência moderna sobre a vida, resultam na destruição do potencial cultural das pessoas para lidarem de forma autônoma com a enfermidade, com a dor e com a morte, causando a regressão estrutural do nível de saúde. A destruição deste potencial está vinculado à invisibilidade, apropriação e perseguição. A invisibilidade foi introduzida para negar a existência dos saberes tradicionais, através de adjetivos que desqualificam esse bem cultural tais como, crendice, magia e primitivismo (SANTOS, 2007).

A crescente medicalização da vida cotidiana encontrou eco na formação das sociedades disciplinadoras adotando a instituição médica, que transformou o hospital em espaço legítimo de biopoder, constituindo um instrumento de consolidação do capitalismo na medida em que, contribuiu para a normatização da vida privada construindo o conceito de corpo como máquina para atender as demandas do período industrial. Essa concepção utilizou o corpo como estratégia biopolítica para o controle populacional (FOUCAULT, 2018).

A legitimação da medicina científica, com sua intervenção na saúde através de estados nacionais, tecnocracia e hospitalização fortalecida pelo biopoder, estão atrelados à medicalização. Os hospitais foram transformados em espaços de produção de normalidade, onde os nascimentos e por consequência os partos se tornaram objeto de interesse do estado e tema de atenção da biopolítica (RAMOS, 2013).

Diante deste panorama de medicalização excessiva, constata-se que o parto também foi vinculado ao desenvolvimento da modernidade pelas várias características do biopoder e da institucionalização que transformou este processo em um evento médico.Atualmente, existe um conjunto de estudos sobre a medicalização, revelando uma intensa patologização dos fenômenos do ciclo vital e dos processos que representam as etapas da vida, tais como: nascimento, gestação, parto, envelhecimento e morte; fenômenos fragilizados pela biomedicina a partir da produção científica de regras de higiene, normas

de condutas, práticas institucionalizadas e procedimentos padronizados. O tratamento das etapas da vida como doença, aumenta a demanda dos serviços e compromete gravemente a qualidade da assistência ao parto, sobrecarregando os profissionais que poderiam utilizar forma mais racional seu tempo em favor dos atendimentos criteriosos (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Acerca dos efeitos da medicalização na assistência ao parto, o professor de obstetrícia, Joseph DeLee, teve um papel proeminente no advento do parto industrializado. Foi autor de vários livros e textos, e inventor de várias ferramentas utilizadas no campo da obstetrícia. Com seus estudos ele defendeu que o "parto é um processo patológico", recomendando o uso rotineiro do fórceps e da episiotomia em cada parto, e sugeriu que a mulher fosse sedada com éter quando o feto entrasse no canal do parto. O tratado de DeLee, nos EUA da década de 1930, foi tão influente que a obstetrícia profilática tornou-se norma, sendo incorporada a medicina moderna (ODENT, 2003), sendo um exemplo basilar do modelo biomédico na assistência ao parto.

O modelo biomédico foi introduzido no âmbito da assistência ao parto no final do século XVIII ocasionando um impacto significativo aos sentidos subjetivos da vinculação mãe-filho, uma vez que todo o processo de intervenção presente na assistência institucional médica, inibe ou proíbe o contato imediato entre os sujeitos principais desse ritual (DINIZ, 2005).

Este modelo assistencial foi implantado no Brasil, no final do século XIX, e é marcado pela verticalidade e centralidade da formulação e implementação das políticas de saúde, impactando na restrição da participação da comunidade, e gerando, entre outros aspectos, a incapacidade de atender às necessidades específicas da população assistida, fortalecendo a hegemonia das práticas assistenciais curativas, que estão direcionadas para o indivíduo, na perspectiva da doença (PAIM, 2001).

Jamoulle (2011,p.) afirma que "o médico é onipresente, do berço à cova, e toda a existência é medicalizada"; ilustração identificada no atual paradigma de saúde, em que há uma indissociabilidade entre a medicalização e as práticas de cuidado, tecidas por uma meticulosa dialética de intervenções produtoras de vidas e outras capturadas pelo modelo capitalista.

Nessa lógica hegemônica Capra (2001), apresenta argumentos críticos ao modelo biomédico:

> [...] A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico

> resultou no chamado modelo biomédico, que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica. O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado[...] (CAPRA, 2001, p.103).

O modelo biomédico de assistência ao parto foi legitimado através da cultura do medo da dor, sendo esse dispositivo o responsável por alavancar a epidemia das cesarianas, engendrando silêncio, violências e rechaçando a diversidade das experiências sociais e culturais inerentes das hierarquias e assimetrias relacionais (MELO, 2013). Este modelo se fundamentou no pressuposto de que somente o médico sabe o que é importante para a saúde do paciente e só ele é capacitado para lidar com a situação, sobrepondo o fato de que conhecimento acerca da saúde deveria ser racional, científico, baseado na observação objetiva de dados clínicos, pautado na análise de testes de laboratório e na medição de parâmetros físicos (CAPRA, 2001).

As mulheres brasileiras de todos os grupos socioeconômicos de risco obstétrico habitual estão sendo expostas a iatrogenias, decorrentes das intervenções desnecessárias pelos efeitos adversos do uso excessivo e desnecessário da tecnologia. Para as mulheres do grupo socioeconomicamente vulnerável, existem dados da violência obstétrica provocada, por tratamento desrespeitoso e procedimentos dolorosos, a exemplo da aceleração do trabalho de parto com administração de ocitócitos e baixo uso de analgesia, enquanto que para as mulheres do grupo economicamente mais elevado, essas são vítimas da epidemia de cesarianas desnecessárias (LEAL, 2014).

O discurso médico inserido na sociedade ocidental está marcado pela tecnomedicina que objetifica o sujeito e mecaniza o corpo, supervalorizando a especialidade que detém o conhecimento. No processo do cuidado a medicina se apropria da intervenção para normatizar e universalizar o conhecimento, desvalorizando outras formas de saberes no campo do cuidado (DAVIS-FLOYD,1997). Consequentemente, é criado um cenário de altas taxas de intervenções no processo do parto, com uma série de morbidades associadas, alta razão de mortalidade e insatisfação das mulheres, como demonstram os resultados do inquérito Nascer no Brasil (LEAL, 2014).

Nessa perspectiva, constata-se que ainda predomina nas maternidades de todo o país o modelo biomédico trabalhado por Robbie Davis- Floyd (2003), onde o corpo da mulher é tratado como uma máquina, considerado inferior ao corpo do homem, que valida

a utilização excessiva da tecnologia, baseada na falsa ideia de segurança. A antropóloga citada é responsável por importantes estudos sobre parto e nascimento e propõe a co-existência de três modelos de atenção ao parto: tecnocrático, humanista e holista. As características e princípios desses modelos de forma sistematizada, podem ser vistos na figura abaixo, reproduzida do estudo de Ramos (2013).

**Quadro 4-** Modelos de Assistência ao parto segundo Robbie Davis-Floyd

| **Modelos médicos** | **Características** | **Princípio básico** | **Tipo de pensamento** |
|---|---|---|---|
| Tecnocrático | ● Separação corpo e mente<br>● Corpo como máquina<br>● Paciente como objeto<br>● Alienação entre médico e paciente<br>● Diagnóstico e tratamento de dentro para fora<br>● Organização hierárquica e atendimento padronizado<br>● Autoridade e responsabilidade inerentes ao médico<br>● Supervalorização da ciência e da tecnologia<br>● Intervenção agressiva, com Ênfase em resultados a curto prazo<br>● Morte como derrota<br>● Sistema direcionado ao lucro<br>● Intolerância a outros sistemas | Separação | Unimodal, cerebral, esquerdo, linear |
| Humanista | ● Conexão corpo-mente (como unidade)<br>● Corpo como organismo<br>● Paciente como sujeito relacional<br>● Conexão e afetividade entre profissional e paciente<br>● Diagnóstico e tratamento de dentro pra fora e de fora pra dentro<br>● Equilíbrio entre necessidade da instituição e do indíviduo<br>● Informação, tomada de decisões e responsabilidades compartilhadas entre médico e paciente<br>● Ciência e tecnologia contrabalanceada com humanismo<br>● Foco na prevenção de doenças<br>● Morte como resultado aceitável<br>● Cuidado orientado pela compaixão, compasssivo<br>● Mentalidade aberta para outras modalidades | Equilíbrio e conexão | Bimodal |
| Holístico | ● Corpo, mente e espírito como unidade<br>● Corpo como sistema energético ligado à outros sistemas<br>● Cura “holística” (a pessoa inteira na | Conexão e integração | Multimodal, cerebral- direito, fluido |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | sua vida pos inteiro)<br>● Médico e paciente como unidade essencial<br>● Diagnóstico e tratamento de dentro pra fora<br>● Estrutura organizacional em rede, individualização do cuidado<br>● Autoridade e responsabilidade inerentes a cada indivíduo<br>● Ciência e tecnologia a serviço do indivíduo<br>● Foco para criação e manutenção da saúde e bem estar a longo prazo<br>● Morte como etapa de um processo<br>● Foco na cura<br>● Admissão de várias modalidades de cura | | |

Fonte: Ramos(2013, p. 56)

Posso afirmar, sem dúvidas, que o modelo de assistência ao parto hegemônico no país é o modelo tecnocrático, entretando também existem muitas iniciativas voltadas para a humanização de partos e nascimentos que buscam fortalecer o modelo humanista, bem como em menor medida pessoas implicadas em um modelo holístico, seja a partir das culturas tradicionais, como é o caso das Parteiras, seja em novas concepcoes de parteria urbana que buscam se afirmar aproximadamente desde a última década. Vejamos como, historicamente, se constituiram esses modelos no país.

O processo de medicalização no Brasil apresenta dimensão singular, porque esteve associado às especificidades do cenário econômico, político e social, decorrente do projeto modernizador republicano, que depositou em uma versão colonial, patriarcal e eugenista de ciência, a proposta de um novo modelo de assistência ao parto. Essa concepção fundamentou uma convergência identitária entre saúde, educação e nação, e uniu a intelectualidade urbana na elaboração de uma ampla proposta reformadora que tinha no projeto higienista o seu eixo central (RAMOS, 2013).

A história da institucionalização do parto no Brasil percorreu caminhos semelhantes aos da Europa e Estados Unidos, no tocante à medicalizacao e modelos assistenciais (EHRENREICH; ENGLISH, 1973), transformando o significado do cuidado do parto e nascimento em normas e rotinas, desvalorizando os saberes e práticas tradicionais fora do seu contexto cultural, bem como impondo disciplinas à autonomia das

mulheres.

No final do século XIX, as maternidades começam a surgir, tendo como objetivo implementar o parto institucionalizado para viabilizar a prática do ensino médico (SANFELICE,*et al.* 2014, RAMOS, 2013). Essa foi à solução encontrada para resolver o problema do ensino que era tão precário que a maioria dos estudantes de medicina concluíam o curso sem realizar nenhum parto. Os primeiros discursos públicos no Brasil sobre a necessidade da criação de estabelecimentos especiais para mulheres darem à luz ocorreram em 1932, através do projeto do cirurgião Le Masson que defendia a fundação de uma maternidade no Rio de Janeiro para criar um curso de Parteiras e atender parturientes de classe social baixa (RAMOS, 2013; MOTT, 2002).

A transferência do parto domiciliar para o contexto hospitalar, conduzidos pelos médicos, conferiu novos significados para a assistência ao parto. Foi a partir dessa institucionalização obstétrica que foram introduzidas as tecnologias medicamentosas e intervencionistas, incorporadas à rotina do parto hospitalar (SANFELICE,*et al.* 2014).

Ao associar-se ao projeto modernizador e nacionalista, o exercício da maternidade, ultrapassou os limites da esfera doméstica, adquirindo caráter de missão patriótica e função pública, porque o propósito não era garantir filhos ao marido, mas cidadãos à pátria, acirrando um debate sobre o papel da mulher na cena pública no século XIX quanto à função maternal, adquirindo contornos diferenciados na virada do século (RAMOS, 2013; FREIRE, 2008).

A categoria médica legitimou o discurso do Estado dos novos papéis da mãe, redefinindo-a em novas bases sobre o argumento da modernidade como ferramenta propulsora para o processo de transformação social; e a ciência foi acionada para conformação de um determinado modelo de maternidade, configurando-se, através da "maternidade científica" definindo que a mãe moderna deveria buscar proteger seu filho através dos cuidados da nova ciência por meio do parto institucional (FREIRE, 2008).

A concepção do modelo biomédico foi incorporada à prática da assistência pelas escolas de medicina, especialmente nos estados da Bahia e Rio de Janeiro corroborando para a legitimação o saber biomédico no século XIX. As maternidades representaram o principal ambiente para a institucionalização da assistência ao parto, que passou a ser sistematizada e organizada, contribuindo para a redução da morte materna e neonatal naquele período histórico, legitimando a hegemonia médica sobre o corpo feminino, através de conhecimentos e habilidades técnicas no campo da assepsia, cirurgia, anestesia eantibioticoterapia (BARRETO, 2008; VIEIRA, 1999).

A ciência moderna, projeto homogeneizador, apresentou suas estratégias de tecnologia para implementar o novo modelo institucional de assistência ao Parto na Bahia. Apesar de estarem munidos de um discurso higienista, apoiados pela elite dominante, a implantação de uma nova agenda para assistência ao parto não foi suficiente para os médicos convencerem as mães baianas, das camadas sociais menos favorecidas, a parir em maternidade pública. Por outro lado, as mulheres da elite social temiam o estigma de parir em instituições públicas, o que passou a ser um desafio para os médicos que precisavam tornar o ambiente atrativo para as clientes (AMARAL, 2008).

Amaral (2008), afirma que a maternidade pública foi criada para aperfeiçoar as técnicas e ensino da medicina na área da obstetrícia, atendia mulheres que viviam na mais completa miséria e abandono, essas eram, na sua maioria, pobres escravas, dado encontrado nos registros da Maternidade Climério de Oliveira (Fotografia 3).

**Fotografia 3 -** Maternidade Climério de Oliveira

Fonte: Google Imagem

Até meado do século XX, o discurso médico em favor da hospitalização do parto não convencia a opinião feminina sobre a necessidade de internação, porque as mulheres preferiam a assistência no domicílio. Um dos fatores que contribuia para essa resistência à institucionalização decorria das condições precárias dos estabelecimentos, do tratamento desrespeitoso, do excesso de intervenções e das interdições morais sobre o corpo feminino (MOTT, 2002).

No período entre 1947 e 1950, Salvador tinha uma população de 400 mil habitantes e possuía apenas 120 leitos para atendimento obstétrico. Aspectos, como:, a

topografia urbana acidentada, as dificuldades de transporte e a vulnerabilidade social das mulheres contribuíram para que grande número dos partos continuassem a ser assistidos por *Parteiras Tradicionais* nos domicílios. Uma pesquisa realizada pelo diretor da maternidade Climério de Oliveira, Adeodato Filho indicou que entre os anos de 1947 e 1954 ocorreram em Salvador 5.199 Partos e destes 3.847 foram atendidos no domicílio por Parteiras e apenas 1.352 transferidos para hospital (MOTT, 2002).

Embora a assistência das Parteiras em parto domiciliares, representasse um dado positivo, estava comprometendo o ensino da clínica obstétrica, do curso de medicina da faculdade da Bahia (Fotografia 4), fato que desencadeou o discurso da hospitalização como sendo um recurso da ciência moderna. Esses dados foram apresentados em 1955 no primeiro congresso de hospitais realizado em São Paulo (MOTT, 2002).

**Fotografia 4-** Faculdade de Medicina da Bahia

Fonte: Google Imagens

A criação do hospital como espaço ideal para assistência ao parto pode ser considerada como dispositivo da colonialidade do saber, pois, gradativamente desqualificou todos os saberes que não estavam alinhados ao pensamento acadêmico hegemônico. As consequências da institucionalização da assistência ao parto geraram a criação da formação técnica das profissionais. Assim, outro polo importante para o país foi em São Paulo a Escola de Obstetrícia pela Faculdade de Medicina da USP, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, criada em 1912 (RAMOS, 2013; MOTT,

2002).

Independente do espaço onde a mulher receba a assistência, o parto representa um processo de intensos significados como bem descreve Ramos (2013):

> [...] a localização física do parto, seja o domicílio, as maternidades hospitalares, as CP, ou, ainda, outras instituições, constitui um lugar que congrega um intenso e dinâmico campo de forças e significações. Para compreender profundamente a experiência do parir a partir de sua localização, há que se levar em conta, os agentes atuantes, seus discursos e práticas e o desdobramento dessas na sociedade e cultura locais envolvendo, sobretudo, as mulheres mas, também, todo o universo (agentes, instituições, processos sociais) que os circunda de forma crescentemente complexa (RAMOS, 2013 p. 209).

A transferência do parto domiciliar, para o hospital, sobre os cuidados médicos, representou a legitimação da dominação masculina, que excluiu o protagonismo da mulher nesse processo. O hospital representa o espaço de controle do corpo feminino (SOUZA, 2005). À medida que os médicos assumiram a assistência ao parto aumentando as demandas das técnicas obstétricas para favorecer o ensino da obstetrícia nas faculdades de medicina, simultaneamente com a introdução do fórceps como instrumento da prática médica, o parto transformou-se em uma técnica intervencionista de rotina, passando a representar um evento potencialmente perigoso (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Na Bahia, o processo de medicalização foi implantado desde o início do século XIX, no contexto das mudanças na estrutura urbana e social, cedendo espaço para intervenções higienistas desencadeadas pelos movimentos europeus do século XVIII, período das grandes epidemias (BARRETO, 2008). Naquele período a imprensa teve um papel fundamental apoiando e divulgando a inauguração da Maternidade Climério de Oliveira em 1910, que representou um marco histórico para a divulgação dos novos padrões de comportamento das mulheres, das crianças e da vida social (BARRETO, 2008; AMARAL,2008).

O discurso médico tinha como propósito convencer a sociedade baiana sobre a importância da medicina obstétrica como exemplo de modernidade para implementar a institucionalização do parto como símbolo da medicina moderna. O movimento utilizou como estratégia a venda de espaços nos periódicos médicos para divulgar os serviços especializados em partos e doenças de senhoras, destacando suas habilidades médicas diante dos partos difíceis e das doenças femininas (BARRETO, 2008).

As Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro defendiam a maternidade como espaço ideal para as mulheres receberem apoio médico, repouso e cuidados, defendendo a assepsia com o discurso de redução do risco de infecções, e do parto

higiênico, seguro e "civilizado" (AMARAL, 2008). Durante todo o século XX, o processo de medicalização na Bahia foi fortalecido sobre a égide do patriarcado e da colonialidade, imprimindo na assistência marcas profundas da escravidão, com suas raízes discriminatórias sobre a população feminina e predominantemente negra (MOTT, 2002).

O corpo feminino foi submetido ao processo de medicalização a partir da institucionalização médico-hospitalar para viabilizar o exercício da clínica, da cirurgia, da obstetrícia e posteriormente para o desenvolvimento das pesquisas em favor da maternidade. Os estudos a respeito da qualidade da assistência obstétrica nas maternidades públicas de Salvador, denunciam o alto grau de violência ao qual as mulheres pobres e negras ainda estão submetidas na atualidade. Os dados identificam preconceitos, estereótipos de gênero e etnia que estão enraizados no imaginário dos profissionais médicos, outorgando o direito de destratar e desrespeitar as mulheres em situação de vulnerabilidade. A violência obstétrica às mulheres foi construída a partir da conjunção de valores simbólicos e dos significados negativos, expresso na estruturação e nas práticas do cuidado dispensado (MCCALLUM; REIS, 2006; AQUINO, 2014; SANTOS; MENEZES, 2010).

### 4.3 Breve panorama atual e Movimento de Humanização da Assistência ao Parto (MHAP) no Brasil

A institucionalização do processo parturitivo, bem como o modelo biomédico, intervencionista, tecnocrático (como aponta Davis-Floyd), transformou o processo fisiológico de parir, em um processo potencialmente perigoso, com desfechos incertos. A Pesquisa Nascer no Brasil[7] descreve o panorama nacional da assistência ao parto, denunciando evidências contundentes em um quadro de desigualdades socioeconômicas, raciais e regionais na atenção obstétrica. O modelo tecnocrático de atenção ao Parto e nascimento, oferecido pelo SUS e pela rede suplementar ou privada, potencializa as desigualdades desencadeando problemas, tais como: a desarticulação entre o pré-natal e o Parto; a peregrinação em busca do leito hospitalar e o excesso de intervenções desnecessárias, enquanto na rede suplementar a cesariana previamente agendada para as gestantes de classe média, atinge níveis elevados alcançando cerca de 88%. O estudo também denuncia a carência de informações para garantir autonomia e integridade

[7]A Pesquisa Nascer no Brasil foi coordenada pela FIOCRUZ e contemplou 266 maternidades que realizavam 500 ou mais partos por ano, representando 83% de parto no País em 191 municípios brasileiros. Incluiu 23.940 mulheres entrevistadas, de Fevereiro de 2011 a Outubro 2012 (LEAL, 2014).

respeitada (LEAL, 2014). Publicado em 2014, o Inquérito apresenta resultados importantes sobre a real situação de atenção ao parto e nascimento no país, com destaque para o crescimento vertiginoso das cesarianas e de suas consequências para mães e recém-nascidos.

Os principais resultados desta pesquisa indicam que mulheres e bebês estão submetidos a riscos desnecessários por hipermedicalização, independente da classe social e sofrem descaso as suas condições de vulnerabilidade por parte de profissionais de saúde. Se as mulheres que são atendidas em hospitais privados se expõem a mais intervenções desnecessárias, a exemplo da cesariana agendada a partir de 39 semanas, as mulheres atendidas nos hospitais públicos referem tratamento insatisfatório pelo atendimento impessoal e desrespeitoso.

As taxas de cesarianas no Brasil, têm apresentado um aumento contínuo desde meados da década de 1990 sendo que, em 2009 a proporção de cesarianas superou a de partos normais alcançando 52%, taxa muito superior ao limite máximo de 15% preconizado pela OMS. Uma das razões apontadas no meio profissional especializado aponta as mulheres como responsáveis pela escolha do Parto cirúrgico. Entretanto, uma revisão sistemática realizada recentemente indicou que apenas 20% das mulheres preferiam ter seus filhos por cesariana. Esse mesmo estudo identificou que a decisão da via do parto é influenciada por fatores culturais, socioeconômicos, obstétricos, mas especialmente pela forma de pagamento efetuado pelo sistema público ou privado, indicando uma maior concentração de cesarianas no sistema privado, com taxa de 88%, enquanto que no setor público essa taxa corresponde a 46% (DOMINGUES, *et.al*, 2014).

No Brasil, 98.4% dos partos ocorrem em hospitais e destes 88,7% são assistidos por médicos. Entretanto, os resultados perinatais são insatisfatórios quando comparados a outros países que apresentam coeficientes de mortalidade neonatal e infantil bem menores que os nossos, bem como a razão de mortalidade materna e indicadores de intervenções mais satisfatórios (LEAL, 2014).

Essa mesma pesquisa indica que a mortalidade neonatal representa o principal componente de mortalidade infantil desde 1990, sendo que os fatores atribuídos às mortes neonatais precoce ocorrem 24h após nascimento, indicando uma relação direta com a qualidade da assistência ao parto. As causas principais destas mortes são prematuridade, má formação congênita, infecções perinatais, asfixia intraparto, fatores maternos decorrentes das ações do serviço de saúde. As taxas de mortalidade neonatal são maiores para os bebês de famílias em situação socioeconômica desfavorável, enquanto que a epidemia de

nascidos com 37 ou 38 semanas no Brasil é proporcional ao número elevado de cesarianas agendadas antes do início do trabalho de Parto, especialmente no setor privado (LEAL, 2014).

Em relação à mortalidade e às morbidades associadas à cirurgia cesariana, as análises realizadas pelo Ministério da Saúde indicam que, mulheres submetidas a cesáreas tiveram 3,5 vezes mais probabilidade de morrer entre 1992–2010 e o risco de contrair infecção puerperal foi cincovezes maior no período de 2000–2011 em comparação às mulheres que tiveram Parto normal (BRASIL, 2011). Essa situação é denominada pelos estudiosos da área como "paradoxo perinatal". A explicação para esse fenômeno está relacionada à baixa qualidade da assistência e a utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas, a exemplo da cesariana que chegou há 53,7% dos nascimentos em 2011 (LEAL, 2014).

Esta pesquisa identificou que no início da gestação, 72% das mulheres desejam o parto normal, mas somente 48% delas conseguem ter seu desejo atendido, contrariando as recomendações da OMSque preconiza em torno de 15% de cesarianas. A análise para esta distorção parece decorrer de mudanças ao longo da assistência pré-natal quando as mulheres são convencidas a mudar de opinião sobre a via de parto. Autores como Joe Potter et al(2001), Heloisa Salgado (2002) e Simone Diniz (2001) apontam desfechos negativos e significativos para a mãe o bebê, resultando em morbidades físicas e emocionais como depressão pós-parto, dificuldades para a criação do vínculo mãe- bebê e consequentemente da amamentação.

Para as mulheres atendidas nas maternidades vinculadas ao SUS constata-se um número menor das taxas de cesárea, mas ainda maior que o dobro recomendado pela OMS. As maternidades associadas a instituições de ensino, que representam espaço de formação, apresentam taxas de cesáreas superiores a 40% indicando, portanto, tendência para uma formação inadequada para os profissionais da especialidade obstétrica. Esse dado pode levar a inferir que os estudantes e residentes de medicina não estão sendo formados para lidar com as intercorrências a partir do conhecimento da fisiologia do corpo feminino, mas a partir da intervenção cirúrgica, levando a concluir que essa formação está obsoleta. Mulheres de maior vulnerabilidade social, cotidianamente são levadas ao centro cirúrgico para serem submetidas a cesariana sem indicação criteriosa e muitas vezes sem serem avisadas dos motivos da indicação. É comum encontrar nas unidades de pós-parto, puérperas em pós-operatório que não sabem informar o motivo da indicação da cesárea

(LEAL, 2014).

Os dados evidenciados acima dão uma dimensão do grande número de intervenções desnecessárias as quais as mulheres são submetidas na assistência ao parto no país e representam o modelo assistencial hegemônico, o parto tecnocrático. Embora os dados sejam recentes, esses fatos não são novos. Ao contrário, fazem parte da assistência hegemônica desde o processo de institucionalização do parto relatado anteriormente. Entretanto, essa realidade é conhecida e confrontada pelas mulheres e profissionais comprometidos com a qualidade da assistência, desde, ao menos, o final da década de 1980, quando pode indicar o surgimento no Brasil, do Movimento de Humanização da Assistência ao Parto (MHAP), que reivindica autonomia, direitos e respeito às mulhres em sua condicao de diversidade (DINIZ, 2005).

Alguns princípios do movimento podem ser vistos na "Carta de Fortaleza" publicada pela Rede pela Humanizacao do Parto e Nascimento (ReHuNa), em 2000 (CARNEIRO, 2015, p. 44), que recomenda: alinhar o conhecimento científico às práticas humanizadas de assistência; demonstrar os riscos das práticas obstétricas intervencionistas para a saúde das mães e dos bebês; resgatar o nascimento como evento existencial e sociocultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais; revalorizar o nascimento, humanizando as posturas e condutas em face do Parto e do nascimento e incentivar as mulheres a reivindicar sua autonomia e poder de decisão sobre os seus corpos e seus partos.

O contexto histórico que favoreceu o surgimento do MHAP no Brasil foi fértil, com experiências espalhadas pelo país, desenvolvidas por múltiplos atores de modos alternativos de assistência ao parto, a exemplo do médico sanitarista Galba de Araújo (Ceará), o obstetra Moisés Paciornick (Paraná), e experiências desenvolvidas em algumas instituições como o Hospital Pio X (Goiás), o Instituto Aurora (Rio de Janeiro), pelas ONGs Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul (São Paulo), Grupo Curumim e Cais do Parto (Pernambuco), conforme apontam Ramos (2013) e Diniz (2005). A própria ReHuNa também foi uma importante agredadora e mobilizadora de profissionais e mulheres que buscavam fortalecer outros modelos de assistência, para além do hegemônico (RAMOS, 2013).

Integram o movimento vários profissionais "*doulas*"[8], enfermeiras obstétricas, *Parteiras Tradicionais*, Parteiras urbanas e médicos, bem como mulheres buscando por

[8]A palavra "doula" vem do grego "mulher que serve". Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto.

informação e assistência de qualidade . O MHAP se fortaleceu com o surgimento de listas eletrônicas e grupos vituais criadas por ativistas da classe média inicialmente, tais como: Parto Natural, Amigas do Parto, Materna, Mães Empoderadas, Amigas do Peito, dentre outros, abrindo perspectivas de diálogo e articulações pessoais e institucionais, bem como divergências e convergências no debate em favor de uma nova proposta de assistência (RAMOS, 2013; TORNQUIST, 2004).

O MHAP afirma a redefinição da assistência a partir da representação legítima das mulheres numa perspectiva de gênero, dimensionando de forma radical, o protagonismo da mulher no parto (DINIZ, 2005). Essa perspectiva é aliada ao conhecimento da fisiologia do parto, fundamentando-a na Medicina Baseada em Evidências[9](MBE), como forma de buscar garantir uma assistência de qualidade. O MHAP reconhece a relevância do saber médico, mas faz oposição ao predomínio da tecnologia, utilizada sem necessidade ou em mau uso, uma vez que o parto não é um ato médico.

O parto, além de um processo fisiológico, representa um fenômeno psíquico, emocional, pessoal, familiar, social, cultural, sexual e espiritual não justificando a internação hospitalar nos casos de parto de risco habitual, posto que, o hospital é um espaço de adoecimento (CARNEIRO, 2015; RAMOS, 2013). Assim, a proposta alia-se também ao reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos (RAMOS, 2013; DINIZ, 2005) e tem apresentado penetração institucional por meio da validação de organismos internacionais e políticas públicas induzidas em várias esferas no país (federal, estadual, municipal), na direção de um modelo mais humanista de assistência, por meio de instrumentos legais e normativos, programas e políticas.

São exemplos históricos na trajetórias da assistência humanizada ao parto a regulamentação da realização de parto normal sem distócia e a emissão de laudo de internação por enfermeira obstetra, através da Portaria GM n.163/1998; a instituição dos Centros de Parto Normal a partir da Portaria n. 888/1999 e a sua regulamentação através da Portaria GM n. 985/1999; o incentivo à criação de cursos de Enfermagem Obstétrica, em 1999; a determinação do teto percentual para o pagamento de cesáreas no SUS; a possibilidade de pagamento de partos domiciliares a *Parteiras Tradicionais* por meio de um pagamento vindo da atenção básica; garantia do acompanhante da parturiente durante

[9]A MBE constitui um movimento internacional criado na segunda metade da década de 1980 e em poucos anos se estendeu ao mundo inteiro. Nasceu do reconhecimento de que boa parte das práticas médicas não estão respaldadas por estudos de qualidade sobre a segurança e a eficácia dos procedimentos utilizados, quer sejam os medicamentos, exames, cirurgias entre outros (ENKIN et al.2005).

todo o período de internação para o parto; garantia de vinculação à unidade de internação antes do parto; inclusão da enfermeira obstétrica nas equipes de assistência; valorização do Parto domiciliar; entre outras (RAMOS, 2013; MENEZES et al, 2012).

A institucionalização do movimento de humanização chegou à Bahia cerca de 20 anos após ter se iniciado na região sudeste, através de decretos promulgados pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), constituindo uma iniciativa de articulação entre gestores e profissionais de saúde, vinculados a assistência obstétrica para alavancar o debate a respeito da Política de Humanização do MS. A iniciativa atende assim, aos anseios do movimento de mulheres pela melhoria da assistência, nascendo dessa articulação o Fórum da Rede-Cegonha, em 2011, agregando profissionais, gestores e representantes da sociedade civil.

Outra experiência local exitosa que merece destaque é o primeiro Centro de Parto Normal(CPN)Marieta de Souza Pereira (Fotografia 5), inaugurado em 26 de agosto de 2011, condicionado à exigência do Conselho Regional de Medicina, de presença do profissional médico. Destaca-se que este é o único CPN no Brasil em que a assistência ao parto é oferecida pela enfermeira obstétrica sob supervisão médica.

**Fotografia 5-** Centro de Parto Normal Marieta de Souza Pereira

Fonte: Google Imagens

A maternidade Dulcineia Moinho, localizada no HGRS, onde há 18 anos acompanho alunas graduandas do Curso de Enfermagem, é referência para assistência à gestação de alto risco e vem implementando várias iniciativas da Rede Cegonha no sentido

de promover mudanças efetivas no modelo assistencial. Todavia, a natureza da maternidade enquanto hospital-escola, apresenta resistência à redução de intervenções desnecessárias, bem como taxa de cesariana superior à preconizada pelo OMS.

Para minimizar o impacto negativo da violência obstétrica, a Maternidade José Maria de Magalhães Neto (Fotografia 6), maior maternidade do Estado da Bahia, implantou em 2013 o projeto de "*Doulas Voluntárias",* que vem contribuindo com resultados exitosos para a boa evolução do trabalho de Parto na instituição.

**Fotografia 6-**Maternidade José Maria de Magalhães Neto

Fonte: Google Imagens

É preciso reconhecer, entretanto, que as quatro décadas de reinvindicações para mudanças na assistência ao Parto e nascimento não foram suficientes para promover

mudanças estruturais nesse campo da medicina, uma vez que, o modelo hegemônico permanece atrelado a lógica tecnicista e patriarcal ao qual a mulher é destituída do poder de escolha (MELO, 2013). Historicamente, a assistência ao Parto constitui um campo de disputa entre as categorias médica e de enfermagem, especialmente, na área da obstetrícia que tem como viés os aspectos de classe e gênero no que diz respeito à autonomia da assistência ao Parto normal, como descreve Ramos (2013):

> Entre um grupo que detém a hegemonia e a legitimidade quase incontestável no campo, os médicos, e um grupo que busca uma identidade autônoma e legítima (o das enfermeiras obstétricas), mas ainda de forma bastante subordinada [...] O ônus da violência recai, ainda, apenas sobre as mulheres. Portanto, o conflito em meio a esse cenário pode ser entendido como uma forma de lidar com a responsabilização, na disputa das legitimidades e hierarquizações do campo obstétrico (RAMOS, 2013 p. 299-300).

Assim,posso perceber que mesmo com décadas de história e tendo alcançado várias formas de institucionalização, o modelo humanista de assistência ao parto, representado pelas iniciativas de humanização acima descritas, encontra muitas resistências em sua implementação.

### 4.4 Parteiras tradicionais, ontem e hoje

O MS conceitua a “Parteira Tradicional” (PT), como aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela sua comunidade. Adota essa denominação, por considerar que o termo valoriza os saberes e práticas tradicionais e caracteriza a formação e o conhecimento que ela detém. As Parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as *Parteiras Tradicionais,* respeitando-se as suas especificidades étnicas e culturais (BRASIL, 2010).

Ao longo da história da humanidade as mulheres buscaram, em geral, um local isolado para dar à luz, pois o processo do parto carece de privacidade, representando um ritual intimista, em que a figura materna estava presente ou era representada pela parteira (ODENT, 2003). Durante a maior parte da história da medicina, o cuidado e não a cura, representou o foco da existência e as mais experientes detentoras de saberes tradicionais atendiam aos partos e ensinavam a arte de partejar de uma geração a outra. Assim, as

Parteiras exerceram papel histórico e social indiscutível no contexto da humanidade (MOTT, 2002). Para Ramos (2013), a parteira é:

> Personagem quase universalmente mulher, em geral, com certa experiência em parir e ajudar outras a parir, mereceu muitos registros históricos nas artes e ciências. Essa personagem que, para definir tentativa e provisoriamente, ajudava outras mulheres principalmente no momento do parto, mas possivelmente também na gestação, no período pós-parto e outras ocasiões de distúrbios pessoais e familiares, recebe diversas alcunhas, posições e papéis de acordo com tempos e espaços distintos (RAMOS 2013, p.115).

Estas eram e são ainda conhecidas como ‘Parteiras’, ‘comadres’, ‘aparadeiras’ e ‘curiosas’, detentoras de um saber empírico transmitido de geração a geração a partir da transmissão oral e simbólica, em geral, ancoradas nas relações de parentesco, numa rede feminina a qual se reserva o mistério do nascimento (GALVÃO, 2001). O conceito de parteira tradicional enquanto exercício de um ofício provoca muitos debates, uma vez que no Brasil, não existe uma regulamentação que reconheça e regulamente o ofício enquanto profissão (RAMOS, 2013; PEREIRA, 2016). O reconhecimento do parto assistido por *Parteiras Tradicionais* acontece, principalmente, fora dos espaços onde domina o discurso da ciência médica, no meio popular, na vida privada das famílias e em alguns setores das ciências humanas, sendo desprezadas no debate médico oficial, nos centros de formação profissional e de pesquisa, em sua grande maioria.

A concepção do parto realizado por PT esteve associada com a espiritualidade e a natureza, através de amuletos e talismãs, orações, cânticos religiosos e rituais, incluindo a utilização de ervas medicinais, e da construção de vínculos afetivos com a mulher e sua família (GALVÃO, 2001). Assim, o processo do parto se inscreve em um campo de mistérios e está influenciado por práticas espirituais, impregnadas de fé, de familiares e grupos sociais que buscam ressignificar a experiência do parto enquanto uma vivência para além de sofrimentos e dor (SIQUEIRA et al. 2006). Assim, as *Parteiras Tradicionais* guardam saberes ancestrais, empíricos e intuitivos que são transmitidos de geração a geração durante séculos (RATTNER, 2005). A capacidade adaptação e apropriação às realidades locais lhes outorgou o reconhecimento e o lugar de agente de saúde em suas comunidades. Sua sabedoria é acumulada com a prática e repetição dos fazeres, adquirindo conhecimento empírico sobre a fisiologia do parto, identificação de intercorrências e primeiros cuidados dos bebês (BARROSO, 2009). O cuidado oferecido por uma PT é singular: imantado por respeito à individualidade e ao sagrado. As PTs acumulam em suas

práticas de cuidadora  habilidades ancestrais para tratar o rito do parto e nascimento, valorizando aspectos corporais, emocionais, espirituais e culturais da história de cada mulher (GALVÃO, 2001).

Os saberes a respeito de ervas e chás nos rituais de cura e parto não devem ser compreendidos de forma romântica e nem reducionista, mas a partir da valorização da preservação das culturas tradicionais (LIMA, 2016). As ervas constituem práticas do cuidado presentes no cotidiano das comunidades tradicionais, como parte do cotidiano e enquanto expressão de fé e religiosidade. Essas expressões segundo Rosa (2013), indicam um legado da memória da tradição oral de povos que não tiveram a oportunidade de ler e escrever para falar em seu próprio nome, tendo seus conhecimentos apropriados, mas, cujas mestras e mestres (como as PTs) são bibliotecas vivas.

A relação entre os saberes tradicionais e o saber dominante constitui um processo complexo, seguindo a lógica do mundo globalizado e colonial que impôs uma verdade amparada em critérios da racionalidade, negligenciando valores subjetivos no campo da cura, do corpo, do coletivo e da espiritualidade (EHRENREICH; ENGLISH, 1973). A nomenclatura “saber dominante” será utilizada nesta pesquisa para destacar que esse conhecimento foi construído a partir da relação de dominação, de violência e da política de extermínio dos saberes tradicionais. A caça às bruxas e a colonialidade do saber fomentaram a crescente institucionalização do saber enfraquecendo os saberes ancestrais que cuidavam da saúde da mulher como parte do ecossistema (EHRENREICH; ENGLISH, 1973).

A história do conhecimento do parto na humanidade aponta para a importância dos saberes das PTs, segregada a partir do final do século XVI, com a introdução da supremacia do saber científico, em detrimento do saber popular, na lógica hegemônica da ciência moderna (MOTT, 2002). No entanto, as representações das Parteiras evidenciam as estratégias de sobrevivência de suas práticas sociais que resistem ao longo do tempo ao silenciamento imposto pelo saber dominante, sendo que os saberes tradicionais representam uma possibilidade de conferir articulação entre diversos saberes (BORGES; PINHO; SANTOS, 2009).

Até início do século XIX o ofício das Parteiras era visto de forma mais abrangente, não se restringindo a ajudar outras mulheres a darem à luz, mas exerciam outros cuidados de saúde direcionados para gestantes, não-gestantes e bebês, recomendando o uso de chás a base de ervas, além de orientar as mães os cuidados básicos com o recém-nascido e as dificuldades do aleitamento materno, também auxiliavam no trato de doenças femininas

(relacionadas tanto à sexualidade quanto à genitália). Até 1832, antes da institucionalização da medicina no Brasil, as Parteiras estavam situadas entre as praticantes de medicina popular (BARRETO, 2008).

Em nome da ciência e das reformas, os médicos estigmatizaram as Parteiras, ridicularizando-as como pessoas sujas, ignorantes e incompetentes. Elas foram acusadas e consideradas responsáveis pela prevalência, por exemplo, da sepse puerperal e oftalmia neonatal, e proibidas de receber o treinamento das técnicas preventivas apropriadas. Essa perseguição ocorreu na Alemanha, Inglaterra e maioria das nações europeias, onde parte das Parteiras receberam a formação obrigatória para se converter em profissionais reconhecidas (RAMOS, 2013; EHRENREICH; ENGLISH, 1973).

Em 1940, teve início os primeiros treinamentos para Parteiras no Brasil, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública. A literatura não refere um marco temporal exato sobre o início dos treinamentos para as Parteiras mas todos os documentos consultados (SILVA e FERREIRA, 2011) apontam 1946 como o ano em que os cursos foram implementados como parte de iniciativas de higienização. Os cursos foram implantados inicialmente nos estados do Nordeste, Minas Gerais e Espirito Santo e Goiás, como parte de um ambicioso plano de educação para a saúde do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). A justificativa do SESP para priorizar essa proposta estava nos dados estatísticos com destaque para a mortalidade infantil estimada em 95 óbitos por mil nascidos vivos (SILVA e FERREIRA, 2011).

Os princípios dos cursos estavam amparados na educação sanitária através da substituição de métodos, práticas, valores e regras para a saúde das populações, através de estratégias consideradas pela medicina moderna como mais eficientes. A metodologia adotada pelo SESP incentivava a participação popular (a partir das comunidades), mas não estava isenta de contradições e preconceitos, pois o modelo de educação sanitária estava fundamentado em juízos de valor que refletia os conflitos culturais do período. Como descreve Campos (2006), a cultura popular era considerada uma fonte de “ignorância e maus hábitos” e pelos problemas de saúde do povo. Os princípios dessa proposta estavam baseados em argumentos higienistas que afirmavam a Educação Sanitária como capaz de resolver e solucionar os problemas de saúde da população.

Os principais objetivos do Programa de Higiene materno-infantil da SESP eram o treinamento e a supervisão das Parteiras e a organização de serviços de partos em domicílio. Vale destacar, que o SESP reconhecia o atendimento ao parto domiciliar como

sendo a melhor alternativa naquele período, em razão da dificuldade de acesso das parturientes a serviços oferecidos por médicos ou de maternidades. Como explicam Silva e Ferreira (2011,p.) "A supervisão das Parteiras e a organização do serviço de partos em domicílio foram ações que deram vida ao programa de assistência sanitária, fosse pela falta de médicos ou de maternidades".

A execução desses treinamentos para as Parteiras ("curiosas"[10]) era de responsabilidade das "enfermeiras de saúde pública" e "visitadoras sanitárias" e, eventualmente, de médicos sanitaristas. Os temas incluíam: o papel da parteira, a importância de seu trabalho, noções de higiene, valor das consultas médicas durante a gestação e a imunização contra o tétano. Ao final do curso, a parteira sendo aprovada, recebia um certificado e uma bolsa. A mesma continha materiais considerados pelo SESP como apropriados para utilizar no parto, segundo Silva e Ferreira (2011) uma oferta "carregada de significados, de distinção e de poder", que conferia à sua portadora um *status* diferenciado em relação às Parteiras não treinadas, criando portanto uma divisão social no grupo. O controle social era estabelecido quando a bolsa era fiscalizada periodicamente pelas enfermeiras do SESP, a fim de verificar a adesão das Parteiras aos princípios de higiene ensinados (SILVA e FERREIRA, 2011). Apesar das recomendações da SESP para que os profissionais de saúde construíssem uma relação colaborativa com as Parteiras, na prática não era o que acontecia, porque, a atitude desses profissionais refletia a ideologia do movimento higienista inscrito nos valores colonialistas da medicina moderna.

Silva e Ferreira (2011) referem que os médicos e as enfermeiras atribuiam a ineficácia das medidas sanitárias repassadas nos cursos às próprias Parteiras, porque estas resistiam em preservar seus saberes ancestrais, classificados pelos agentes sanitários como sendo primitivos, a exemplo o tratamento do coto umbilical com cinzas obtidas de preparados à base de ervas. Essas práticas eram veementemente combatidas pelos profissionais sanitários, durante os cursos oferecidos. Posso dizer que o SESP adotava atitude colonialista com relação aos cursos: se por um lado valorizava a iniciativa de treinar as Parteiras, por outro dava destaque em seus boletins ao aprimoramento de agentes no campo da higiene materno infantil e da obstetrícia, destacando que sua atuação estava direcionada para educação sanitária e especialização profissional, considerada exclusivamente na perspectiva biomédica. Assim, Silva e Ferreira (2011), constatam a

[10]Nesse período, o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) desenvolveu programas de higiene pré-natal e da criança, com a finalidade de auxiliar o trabalho das parteiras "curiosas", que recebiam esse nome por não terem formação. Fonte: https://portal.fiocruz.br/noticia/artigo-aborda-treinamento-de-parteiras

relação conflituosa e ineficaz provocada pelos cursos do SESP, pois, as Parteiras não incorporaram as novas técnicas e condutas higiênicas, apesar das ações de controle que restringiam, criticavam e ou ignoravam seus saberes populares, exemplificada pela postura de parir: enquanto as Parteiras reivindicavam posturas verticalizadas as formações indicavam a necessidade de adotar a posição deitada.

A partir da lógica da ciência biomédica moderna, exemplificada na história dos treinamentos realizados pelo SESP relatados acima, nascia e crescia o estigma contra as *Parteiras Tradicionais.* O estigma é construído socialmente a partir das relações de poder, saber, da cultura que instala formas simbólicas e regras hierárquicas para legitimar a desigualdade social e fixar valores, legitimando o sistema hegemônico da categoria médica (FOUCAULT, 1990). Até a década de 1960, a representação social das Parteiras era de mulheres sujas, sem qualificação, abortadeiras, feiticeiras, alcoviteiras, além de outros adjetivos pejorativos. Entretanto, os estudos feministas das últimas décadas indicam que a história dessas mulheres foi revelada, a luz da decolonialidade, identificando que o parto realizado no ambiente familiar e assistido por essas mulheres, não provocou tantas mortes e nem produziu os resultados que foram divulgados pela categoria médica (EHRENREICH; ENGLISH, 1973; RATTNER, 2005; MELO, 2013; CARNEIRO, 2011; BARRETO, 2008).

Os conflitos estabelecidos entre Parteiras e médicos expressam o discurso oficial que polarizou a relação entre os diferentes saberes enquanto científicos e tradicionais, quando os cirurgiões e médicos adentraram o campo da atenção ao parto, tratando a gravidez e o parto como patologias para construir a base ideológica que justificou seu ingresso profissional no mundo de práticas e saberes historicamente femininos. O "conhecimento científico", representou a estratégia fundamental para a criação dos movimentos e das funções do corpo feminino, visto como objeto, bem como a capacidade técnica para aplicar manobras obstétricas, instrumentos e medicamentos auxiliares do parto (BARRETO, 2008, p. 902).

As primeiras iniciativas formais da categoria médica para excluir as Parteiras do campo de assistência ao parto culminaram com o impedimento dessas Parteiras no campo do cuidado através da desvalorização de seus saberes e práticas. A experiência na Bahia é relevante, berço de uma das primeiras faculdades de Medicina no país. Até metade do século XX, para muitas mulheres baianas parir sob os cuidados das Parteiras representava a melhor opção, uma vez que estas lhes transmitiam segurança e comodidade, enquanto que a medicina moderna ainda representava uma ameaça aos sentidos e valores imputados ao fenômeno do parto (BARRETO, 2008).

A cultura do parto e nascimento na capital baiana permaneceu restrita ao espaço doméstico, enraizada na rede de solidariedade feminina e protagonizada por vizinhas, tias, mães, madrinhas e *Parteiras Tradicionais* até final do século XVIII, quando as novas práticas obstétricas iniciaram o discurso da medicina para convencer as famílias sobre o valor da institucionalização do parto como método e tecnologia seguros. A divulgação e legitimação do saber médico através do discurso das autoridades no campo da obstetrícia ganhou legitimidade junto à população baiana do século XIX (BARRETO, 2008). Assim, o dispositivo da articulação entre o capitalismo médico e o colonialismo, legitimou as assimetrias da sociedade patriarcal gerando a hierarquização dos saberes na esfera da assistência ao parto, decorrente da injustiça cognitiva que desqualificou os conhecimentos empíricos das Parteiras (SANTOS, 2007).

Entretanto, o parto domiciliar assistido por *Parteiras Tradicionais* perdura e ainda é comum nas localidades de difícil acesso, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil, onde essa cultura mantém-se relativamente preservada, o que não quer dizer parada no tempo (PEREIRA, 2018). Muitas vezes, mesmo nas grandes cidades, onde existem locais interditados aos poderes oficiais, como comunidades dominadas por poderes paralelos ao Estado (milícias e traficantes), as Parteiras precisam auxiliar mulheres.

Reconhecendo essa atuação, o MS em 2000 criou o "Programa Trabalhando com *Parteiras Tradicionais*" (NONATO, 2011; TORNQUIST, 2005). Neste contexto, as PTs que estiveram durante três séculos marginalizadas no processo do parto, ganharam algum reconhecimento a partir do governo federal, que buscou dar visibilidade e suporte ao modo tradicional de cuidar do parir. A política previa financiamento aos estados interessados na implementação, focada nos estados das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste e incluia ações de: levantamento da situação do parto domiciliar na localidade (estado e regiões), cadastramento de Parteiras, qualificação por meio de oficinas (que deixam, ao longo do tempo de serem percebidas como treinamentos para ocorrerem na perspectiva de troca de saberes), distribuição de *kit* da parteira (bolsa contendo materiais básicos para a realização do parto domiciliar com segurança), sensibilização de profissionais de saúde da Atenção Básica e para a importância do trabalho da parteira, principalmente, na articulação com a Gestão da Atenção Básica, Equipes de Saúde da Família e, idealmente, toda linha de cuidado da atenção obstétrica na região, incentivo ao associativismo e formação de redes entre Parteiras (NONATO, 2011; GUSMAN et al, 2015) .

As *Parteiras Tradicionais* enfrentam muitas dificuldades no atendimento ao parto domiciliar em razão de fatores, tais como: adversidades inerentes às condições sociais às

quais elas e as mulheres que lhe procuram estão inseridas; a falta de apoio da rede da Atenção Básica que permanece, em geral, ignorando sua atuação a despeito das políticas públicas que recomendam sua inserção no âmbito do SUS; e por fim, pela discriminação que sofrem por parte dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica (CARVALHO *et. al;* 1996).

O Brasil apresentou um modelo de industrialização do parto diferente da Europa Ocidental, onde as Parteiras não "desapareceram", mas se tornaram prisioneiras dos protocolos em departamento obstétricos cada vez maiores, com sistemas de saúde altamente burocráticos, isto é, aquelas que possuem alguma relação com as instituições de saúde. Outras, permanecem à margem e muitas vezes escondendo esse ofício, por medo da criminalização.

Assim, no Brasil, as Parteiras (sendo ou não reconhecidas) se afastaram do campo do cuidado oficial, à medida que o número de obstetras aumentava (RAMOS, 2013). Assim, os obstetras se tornaram os principais provedores da assistência e, ao mesmo tempo, técnicos especialistas em cesarianas, ao invés de serem peritos bem treinados para situações inéditas e patológicas do parto vaginal (ODENT, 2003). A perseguição aos saberes e fazeres das PTs permanece viva nas comunidades, afastando suas práticas em detrimento do rótulo científico que atribui uma espécie de imunidade social ao saber dominante (SHIVA, 2003). Embora as PTs mantenham vivas suas práticas de cura, no imaginário da população, elas já morreram, pela falsa ideia de que a medicina pode substituir os saberes dessas guardiãs.

A ciência moderna trouxe muitos benefícios para saúde da população de classes sociais desfavorecidas do século XIX, mas contribuiu ativamente para o enfraquecimento das práticas tradicionais de cura a exemplo do uso de plantas medicinais, benzeduras e orações. A transferência do parto domiciliar, antes realizado por PT até o final do século XIX, para o ambiente hospitalar representou um dos símbolos, que marcam historicamente o processo de medicalização do corpo feminino, com a incorporação de toda tecnologia médica (RAMOS, 2013; FLEISCHER, 2007). Certamente, como demonstrei, ainda resistem no país iniciativas individuais e coletivas relacionadas ao modelo holístico de assistência ao parto. Cabe aos diferentes sujeitos implicados direta ou indiretamente na assistência ao parto contribuir para salvaguarda das práticas e saberes das Parteiras, bem como de outros agentes de cuidados tradicionais e é nesse sentido que esse trabalho visa contribuir, a partir do registro de suas narrativas.

## 5. CABULA: território, saúde e cenário do parto

“Meu sangue é semente
que o vento enraíza
no ventre da terra
e eu nasço de novo
e de novo e meu nome
é aquele que não morre
sem fazer da noite
não mais a silente
parceira da morte
mas a mãe que pare
filhos cor da noite
e zela por eles,

tal qual uma pantera
que mostra, na chispa
do olhar e no gume
das presas, o quanto
será capaz de fazer
se a mão da maldade
ao menos pensar
em perturbar o sono
da sua ninhada.
Morri tantas vezes
mas sempre renasço
ainda mais forte
corajoso e belo
– só o que sei é ser.
Sou muitos, me espalho
pelo mundo afora
e pelo tempo adentro
de mim e sou tantos
que um dia eu faço
a vida viver."

(Ricardo Aleixo, em "Na noite calunga do bairro Cabula")

Para adentrar o Cabula e ocupar o lugar de pesquisadora, peço licença aos habitantes desse território, que trazem na bagagem a sua história de luta, resistência e ancestralidade. Meu lugar de fala é de uma mulher branca, professora da UNEB, pois é por meio dela que me vinculei a esse território.

Neste capítulo intenciono apresentar o Cabula com sua localização espacial, características e dimensões históricas a partir da formação dos quilombos no início do século XIX. Porém, partirei de minhas andanças em solo cabuleiro, dando continuidade à trajetória de minhas narrativas. Com isto, pretendo apresentar como se deu meu encontro com o Cabula, nas diversas intersecções do trabalho em Saúde, para depois aprofundar na pesquisa histórica e sócio-cultural sobre esse chão de mistérios.

## 5.1 Cabula: Adentrando o território

O território do Cabula constitui o *lócus* desta pesquisa, portanto, considero pertinente apresentar os aspectos relativos à sua localização geográfica para melhor compreender sua dinâmica social e seu processo de urbanização. Para tanto, tomei como referência os estudos da geógrafa Roseli Fernandes (2000), que apresenta trabalhos detalhados sobre esse processo.

Até o final de 1940 o território do Cabula era uma localidade rural, e a partir de

1950, as terras que serviam a agricultura de subsistência dos povos quilombolas sofreram um processo de desapropriação. De características rurais, esse local era ocupado por chácaras e sítios de laranjas, comunidades-terreiros e núcleos populacionais retirados (vilarejos rurais). E continuou sendo uma localidade semi-rural porque de acordo com Fernandes (2000), até meados da década de 1960, o Cabula representava zona de periferia, com granjas, fazendas e produção agrícola para atender ao pequeno mercado local no campo de alimentos.

Até hoje as laranjas do Cabula persistem no imaginário da população, que guarda em memória as doces lembranças do aroma e do sabor desta fruta que representou um patrimônio importante para os povos que puderam vivenciar esses tempos. Entre os antigos moradores, perduram os boatos de que esses laranjais morreram por uma praga que chegou junto com a implantação do 19º Batalhão dos Caçadores. Se esses boatos têm algum fundo verídico não é possível afirmar, porque a literatura estudada não dispõe de nenhuma fonte que autoriza confirmar esses rumores. Todavia, entendendo que a memória desses povos deve ser validada, uma vez que foi através da recordação que essa população preservou sua ancestralidade, estas memórias consistem narrativas válidas, que podem refletir parte da construção da história desse território, seja em complementação ou confronto com as institucionalidades.

Assim, o Cabula pode ser dividido em duas temporalidades: até antes de 1960, a partir das experiências dos quilombolas e a partir de 1960, com a chegada do mundo urbano-industrial, responsável por modificar as características territoriais, para fins de modernização da cidade de Salvador (NICOLIN, 2016).

De acordo com Milton Santos (2008) é possível dividir o processo de modernização em três grandes períodos: a modernização comercial, caracterizada pela expansão marítima a partir do final do século XV que dividiu o mundo entre países colonizadores e colonizados; a modernização industrial, período que se estende da Revolução Industrial à Segunda Guerra Mundial; e pôr fim a modernização tecnológica (caracterizada pela sociedade do consumo) que compreende o período pós Segunda Guerra Mundial até a atualidade. Compreender esse processo é essencial, uma vez que os países do Terceiro Mundo não os possuíram de modo bem estruturado ou completo, fator determinante para a posição periférica que ocupam no cenário mundial atual, uma vez que o fator modernização possui uma influência seletiva a nível local, nacional e global.

Nesse contexto, interessa discorrer sobre a modernização industrial, uma vez que foi este período que impactou o fenômeno de urbanização em Salvador e, em especial, no território do antigo Quilombo Cabula. Outro destaque importante é a dimensão de territorialidade do Cabula enquanto herança ancestral africana, que contribuiu para a formação socioeconômica e cultural, bem como no seu processo de urbanização (ALMEIDA, 2007).

Com intuito de localizar o bairro que serve como *lócus* do estudo, apresento o mapa da cidade de Salvador (Figura 1), dividido em Regiões Administrativas conforme a Lei Municipal nº6586/2004 (PDDU/2004), onde o Cabula representa a Região Administrativa XI.

**Figura 1 -** Localização do *lócus* do estudo na cidade de Salvador

Fonte: Gouveia (2010)

No início do século XX, Salvador já tinha atingido uma grande população que reivindicava ações de "modernidade", tais como: saneamento, transporte e obras urbanísticas. Era o início da República na Bahia, com grande crescimento da indústria, do mercado e da autonomia do país, que foi provocado pela 1ª Guerra Mundial (MATTA, 2013).

Em meados do século XX, ocorreu a ocupação do território do Cabula para atender o Projeto de Desenvolvimento da Bahia. Esse processo transcorreu em conformidade com a ordem política daquele momento histórico, sendo utilizada a força e a violência dos poderes públicos constituídos, através de mecanismo policial, que violaram os direitos dos povos que habitavam aquele solo há mais de três séculos, desapropriando suas terras, e gerando mais violência e injustiça social (FERNANDES, 2003).

Nesse contexto, a instalação do 19º Batalhão dos Caçadores (19ºBC) (Fotografia 6) e da Penitenciária Lemos de Brito que ocorreu no final da década de 1940, com sua ativação em 1950, constituem marcos históricos por ações que foram planejadas pelo Escritório do Plano de Urbanismo da Cidade de Salvador (EPUCS) como estratégia do Estado para conter os povos quilombolas, que historicamente resistiram ao regime colonialista. O EPUCS representa uma experiência de planejamento importante para Salvador, implantada desde o início do séc. XX, influenciando diretamente nos planos subsequentes realizados para esta cidade até, pelo menos, a década de 1980. Sobre esse processo, Sodré (2002) afirma que o Estado utilizou do poder para conter populações negras, aplicando a autoridade e a força, razão da escolha de um contingente político, legal e mercantil, para implementar o processo de modernização.

**Fotografia 6**-19º Batalhão dos Caçadores, na Av. Silveira Martins

Fonte: Google Maps

Continuando o autor afirma:

> Essas reformas atendiam às exigências da ordem produtiva em termos econômicos, puro e simples, mas também as exigências ideológicas, pois importava politicamente aos dirigentes (banqueiros, industriais) inscrever-se como classe vitoriosa no espaço físico. E intronizar aparências brancas de Europeus para defender-se da infiltração de antigos escravos. A Reforma das metrópoles em que teatralizaria na suntuosidade dos prédios, o imaginário burguês nativo, preparava a cidade para novos tipos de comunicações e transportes fornecendo baluartes contra infiltrações dos negro populares (SODRÉ, 2002, p. 46).

Outro marco importante da modernização do território do Cabula foi a construção da Av. Silveira Martins, na década de 1960, representando um grande avanço para o desenvolvimento do bairro, porque abriu o acesso para a Av. Luís Vianna Filho – Av. Paralela, reorganizando o Cabula enquanto espaço urbano central. Entretanto, os problemas com transporte coletivo continuaram no bairro até a década 1990 quando a situação do transporte foi parcialmente solucionada. Todavia, em finais da década de 1960 e início 1970 foi implementada a descentralização da indústria do Brasil para o nordeste brasileiro e na Bahia foram instaladas a Petrobrás, o Centro Industrial de Aratu (CIA) e o Polo Petroquímico (FERNANDES, 2004).

Assim, a transformação do espaço urbano de Salvador impunha as novas formas sociais compatíveis com a modernidade, saneando, construindo e transformando as relações dos grupos sociais com o espaço habitacional, tornando menos notável o contingente de negros “vadios”. Nessa mesma lógica, os grupos políticos e econômicos da Bahia atenderam as propostas do modelo de globalização liderados por Antônio Carlos Magalhães (ACM) que governou a Bahia no período de 1971- 1975 e 1979- 1983. Neste governo o território do Cabula sofreu severamente o impacto da especulação imobiliária com a implantação de dezenas de obras públicas de relevância social que atropelou o processo natural de urbanização e desenvolvimento.

Nessa conjuntura política e comercial o Cabula foi incluído no Plano de Desenvolvimento Urbano sob o argumento de que os seus aspectos geográficos favoreciam todas as mudanças na estrutura de Salvador uma vez que sua localização é privilegiada, porque liga todos os pontos cardeais da cidade (FERNANDES; CARVALHO, 2014).

Salvador passou a ser o lócus de produção de petróleo, ampliando o mercado de trabalho, impactando a estrutura urbana e atraindo muitas pessoas de outros estados e do

interior do estado que vieram em busca de trabalho neste novo centro industrial. Essas mudanças desencadearam novas necessidades de ampliação estrutural para aumentar o porte comercial da cidade, que preservou até a década de 1970, uma configuração colonial (SODRÉ, 2002).

Para além da ameaça simbólica, enquanto resultado de um passado historicamente brutal, a ocupação do Cabula encontrou impedimentos concretos advindos de uma população que também utilizou de meios violentos para defender-se da política de desbravamento aplicado pelas forças de segurança do Estado. Os descontentamentos com esse processo de reurbanização explodiram em esporádicas revoltas ou quebra-quebras populares, a exemplo da desapropriação do território do Beiru, a partir de 1979 (ALMEIDA, 2007).

Analisando o processo de urbanização do Cabula, constata-se que a lógica utilizada pelos poderes do Estado Republicano foi a mesma dos colonizadores no processo escravagista, como afirma Sodré (2002), a política de urbanização imposta à metrópole não se resumia pura e simplesmente na exploração econômica, mas principalmente no aprofundamento ao aparato colonizador estimulando a segregação entre as classes sociais a partir da homogeneização dos padrões ideológicos onde o urbanismo e arquitetura representavam a força propulsora.

A urbanização de Salvador, ocorrida no período entre 1950 e 1970, modificou a configuração do Cabula, que passou a representar o "miolo" por conta da sua posição geográfica que favorece a conexão entre pontos fundamentais: a BR 324 para a saída em direção ao interior do estado, ligando ainda com a Av. Paralela que também oferece acesso ao litoral, região para onde a cidade poderia se expandir.

Desde os anos 1970, a cidade vem se expandindo para o norte, onde foram implantados loteamentos residenciais e condomínios horizontais e verticais para as camadas de mais alta renda na orla atlântica. A população de baixa renda ficou em bairros mais tradicionais, no miolo do município, nas bordas da Baía de Todos os Santos e em algumas regiões da periferia metropolitana. A expansão do território metropolitano, mais recentemente, vem acontecendo em espaços segregados, com divergência de articulação pública para infraestrutura e planejamento(FERNANDES; CARVALHO, 2014).

No final da década de 2000, ocorreu um crescimento vertiginoso do mercado imobiliário na cidade de Salvador, atingindo o Cabula, levando seus moradores a

acreditarem que esse crescimento repercutiria em uma melhor estrutura para o bairro (GOUVEIA, 2010).Uma boa ilustração desse crescimento imobiliário é o Complexo Horto Bela Vista (Figura 3), que embora não esteja dentro da delimitação do bairro, pertence a área do Cabula. Para Gouveia (2010):

> (...)ideia do "bairro [condomínio] que já nasce nobre". Este é o caso do "Bairro" Horto Bela Vista (...) Diferente de outros empreendimentos que se estabelecem em áreas mais valorizadas da cidade Salvador, (...) o Horto Bela Vista se localiza no Miolo da cidade, em meio à densidade urbana e promete um oásis de qualidade de vida e status social, em um bairro "único que tem tudo de bom em um único bairro" como anuncia seus empreendedores (GOUVEIA, 2010, p .151).

**Figura 3-** Complexo Horto Bela Vista

Fonte: (GOUVEIA,2010)

Nessa conjuntura, o Cabula foi transformado numa área estratégica para o crescimento e desenvolvimento urbano, através de um processo de loteamentos e ofertas de terrenos de grande valor comercial com a especulação imobiliária a todo vapor, empurrando os moradores para áreas cada vez mais comprometidas com os problemas decorrentes da pauperização[11],tais como: falta de saneamento básico, violência, habitações em condições insalubres, distância da via principal. A concentração de famílias em um

[11]Processo de pobreza permanente, causado pela falta do necessário à sobrevivência; depauperação. Fonte: https://www.dicio.com.br/pauperizacao/.

território mais homogêneo pode ser um fator que acentua a reprodução da exclusão social, dificultando a acumulação de capital social e impossibilitando o acesso de seus moradores a melhores recursos e oportunidades (FERNANDES; CARVALHO,2014).

Para os trabalhadores de menor escolaridade e renda, as informações e o acesso às oportunidades de trabalho dependem principalmente de contatos e indicações pessoais, onde a homogeneidade da vizinhança e a estreiteza das redes e do capital social representam um fator adverso à incorporação produtiva dos que residem nas áreas em questão. Algumas dessas áreas, desvalorizadas e marcadas pela informalidade e pela ausência do Estado e das instituições de controle e segurança pública, têm se tornado reféns do tráfico de drogas e do crime organizado (FERNANDES; CARVALHO, 2014).

Organizações criminosas também têm se apropriado desses territórios, articulando daí suas ações no espaço mais amplo da cidade, dominando os moradores locais e recrutando alguns deles, principalmente os mais jovens, para o consumo e o tráfico de drogas e a delinquência. Esses processos têm levado a uma visão estigmatizadora e criminalizante das concentrações residenciais de baixa renda e dos seus moradores, principalmente, os jovens das classes populares, obrigados, algumas vezes, a esconder seu local de moradia para evitar o estigma, conforme é constatado na periferia de Salvador e de outras cidades. (FERNANDES; CARVALHO, 2014).

Sobre esse cenário da população de baixa renda, o Censo Demográfico 2010 indicou que mais de 138 mil pessoas com 15 anos ou mais, residentes na Região Metropolitana de Salvador (RMS), eram analfabetas (5% dos residentes) e 320 mil jovens de 15 a 24 anos não frequentavam escolas (mais de 50% dos jovens da metrópole) (IBGE, 2010).

O processo da modernização também trouxe para os países da América Latina, desemprego e a instabilidade da renda, além do aumento das disparidades sociais e econômicas dentro da população de modo geral, sobretudo nas cidades. A mecanização dos processos industriais e agrícolas teve forte participação nesse processo, contribuindo também para a diminuição dos postos de trabalho. Portanto, se estabelece um contraste social: de um lado uma minoria da população possui condições de consumir bens e serviços, em detrimento de uma maioria que não possui condições para tal. A realidade urbana nos países de Terceiro Mundo ainda é marcada por fortes contrastes socioeconômicos que por sua vez se expressam de modo determinante na configuração espacial. Esse fenômeno ocorre em diversas escalas, tanto no nível da hierarquização das cidades, no âmbito nacional e regional, quanto na dinâmica interna da produção dos

espaços urbanos e da distribuição dos equipamentos, infraestrutura e população (SANTOS, 2008).

Salvador, assim como outras grandes metrópoles, reflete a desigualdade de renda de modo explícito em sua configuração espacial, de modo cada vez mais intenso, expressando-se desde a qualidade diferenciada das edificações e infraestrutura urbana presente nos diversos bairros (que por sua vez também refletem tais desigualdades), bem como na circulação da população dentro da cidade, sendo as rotas diárias representativas das realidades vividas distintamente pela população. Com discrepâncias socioeconômicas tão evidentes e bem definidas, no caso de Salvador, ao analisar o espaço urbano percebe-se a existência de duas cidades coexistindo e convivendo dentro do mesmo espaço geográfico (FERNANDES; CARVALHO, 2014).

Esse fenômeno do empobrecimento da população dos países de Terceiro Mundo denominado Segregação Espacial, divide-se em circuito superior e circuito inferior da economia. O circuito superior está ligado aos benefícios do progresso tecnológico e a parte da população que pode usufrui-los, enquanto no circuito inferior estão aqueles que não podem pagar por tais benefícios (SANTOS, 2008).Sobre segregação espacial, trata-se de uma divisão social do espaço de acordo com a renda da população, reproduzida pelo próprio estado. A presença do estado nos bairros mais pobres se faz de forma menor e isso aumenta a segregação. As populações de renda maior se autosegregam em enclaves fortificados ou condomínios, como autodefesa do caos urbano que se estabelece. Uma segregação é feita indiretamente pelas políticas públicas do estado e uma autosegregação realizada pelas populações de alta renda.

Dessa forma, a modernização implementada no território do Cabula faz parte de um projeto político neoliberal implantado nos países da América Latina, tendo como pano de fundo a exploração de povos historicamente escravizados que através da sua força de trabalho sustentam o regime capitalista baseado na construção social da pobreza que desencadeiam problemas inerentes a vulnerabilidade social.

O Cabula, embora reconhecido como localidade, possui identidade de bairro, onde as relações cotidianas se estabelecem, mas também possui um caráter de região, agregando diversos bairros com características socioespaciais semelhantes (GOUVEIA, 2010).

Os primeiros moradores do Cabula, depois dos povos originários, eram negros que resistiram ao processo escravagista implantado no Brasil por mais de três séculos. Assim, nasceu a resistência dessa população no âmbito das determinantes sociais.

As lutas que a população negra travou pela liberdade nos quilombos dos arredores de Salvador estão descritas nos estudos de João Reis (2003). As rebeliões ocorriam sempre em locais de difícil acesso, longe da perseguição da polícia da província. Esses conflitos seguiram nos mesmos moldes da rebelião de Palmares, que simbolizou o maior espaço de resistência da América. Depois veio Canudos, Caldeirões, Pau de Colher e muitas outras rebeliões Brasil à fora.Assim, compreender as esferas conjunturais da população do Cabula, perpassa por uma análise histórico-social do seu território, no que tange a ancestralidade, geografia, cultura e fé.

Para tratar da ancestralidade da população do Cabula, busco Eduardo Oliveira (2010) que toma como referência para essa discussão o continente africano, de um lado, e de outro o território brasileiro africanizado, ressemantizada no Brasil pela matriz africana. Para o autor, a ancestralidade é um princípio que organiza o candomblé e todos os seus valores, representações e práticas, sendo assim um princípio regulador e principal fundamento do povo de santo na dinâmica civilizatória africana no Brasil. Assim, a ancestralidade tornou-se o signo de resistência afrodescendente que protagonizou a construção histórico cultural do povo negro em nosso país e é retroalimentada pela tradição, enquanto elemento da cosmovisão africana no Brasil. Nas palavras do autor:

> [A ancestralidade] (...) se traduz numa experiência de forma cultural que, por ser experiência, é já uma ética, uma vez que confere sentido às atitudes que se desdobram de seu útero cósmico até tornarem-se criaturas nascidas no ventre-terra desde continente metafórico que produziu sua experiência histórica, e desse continente histórico que produziu suas metonímias em territórios de além mar, sem duplicar, mas mantendo uma relação trans-histórica e trans-simbólica com os territórios para onde a sorte espalhou seus filhos. (OLIVEIRA, 2012, p.39)

Para nortear o caminhar neste *lócus* quilombola, serão abordadas noções de constituição de quilombo, no sentido de lugar de resistência e grandes lutas, bem como o resgate do Cabula como núcleo de identidade social e sua relação com a cultura africana, por meio da religião, memórias e costumes ancestrais.

A formação de quilombos representou uma das mais importantes formas de resistência do povo negro contra o regime escravagista. Essas ações coletivas se assemelham a outros movimentos de povos subalternos, sendo a formação de quilombos um movimento típico da escravidão (REIS,1995/96). Os quilombos surgiram como grandes núcleos/símbolos de resistência e lutas para o enfrentamento do processo de colonização e resgate da identidade dos povos escravizados (Fotografia 7).

**Fotografia 7**-Quilombo fundado pelos habitantes do Cabula

Fonte: https://ungareia.wordpress.com/2016/06/19/bairro-pernambues-territorio-fundado-pelos-quilombolas-do-cabula/

A resistência escrava assumiu diversas formas revoltando-se com frequência em movimentos grandes e pequenos, ora planejados e ora por meio de golpes modestos para punir um senhor ou um feitor tirano. As fugas representavam um estilo constante de rebeldia para aqueles que empreendiam como aventura individual, misturando-se a massa negra mestiça livre, bem como para aqueles que se juntavam para organizar quilombos que se proliferaram onde a escravidão fincou suas raízes (REIS, 1995/96).

No Brasil, os grupos de povos escravizados foram denominados de quilombos ou mocambos e agregavam centenas e até milhares de pessoas, fossem eles pequenos ou grandes, temporários ou permanentes, isolados ou próximos dos núcleos populacionais, para reivindicar a liberdade definitiva, ou mudanças específicas, para grupos definidos ou para os escravos em geral (REIS, 1995/96).O termo quilombo origina-se: "De *kilombo*, uma sociedade iniciática de jovens guerreiros mbundu adotada pelos invasores jaga (ou imbangala), estes formados por gente de vários grupos étnicos desenraizados de suas comunidades" (REIS, 1995/96, p.).

Os quilombos são comunidades com divisões administrativas bem definidas e com expressões de anseio de liberdade, sendo influenciados por fatores geográficos, de forças sociais, de biointeração e em especial pelo sentimento de insubordinação (SIQUEIRA, 2006).

O conceito de quilombo tem estreita relação com as dimensões históricas, geográficas e culturais, incluindo os processos de identidades coletivas, de pertencimento racial, direitos socioculturais e políticos que funcionam como um dispositivo polêmico no

campo dos direitos sociais. O quilombo é essencialmente uma experiência africana e/ou afro-diaspórica motivada pela fuga do processo de colonização fundada na ótica da exploração, evidenciada pela escravização dos povos (SILVA, 2018).

A população dos quilombos não era representada apenas por escravos, apesar de predominantemente serem compostos por negros de diferentes grupos étnicos. A partir dos quilombos novas culturas foram criadas, bem como novos laços de solidariedade. Na Bahia, alguns africanos adotavam identidades híbridas, se denominando, por exemplo, como: "nagô-ba", "nagô-jabu", nagô-jexá", "nagô-oió", significando que vinham de reinos iorubanos. Essa denominação os auxiliava a conviver em comunidade, e os uniam nos movimentos de revolta, diante da consciência de que escapar pacificamente da escravidão era algo difícil(REIS, 1995/96).

Em seu livro "O Negro na Bahia", Luiz Vianna Filho chama a atenção para o risco de acreditar que haveria predominância de um grupo étnico na Bahia, seja bântu ou sudanês/nagô:

> Daí afirmativas aparentemente contraditórias como as que se notam no confronto de Spix e Martius – mais ou menos seguidos por João Ribeiro e Silvio Romero – com Nina Rodrigues, aqueles a darem para a população negra do Brasil a predominância bântu, e este a se inclinar pela origem sudanesa da maioria da população negra da Bahia. Em ambas as informações se haviam esquecido as questões tempo e lugar. Entretanto, para a Bahia, nem seria verdadeiro o unilateralismo bântu, nem o sudanês. Mas, apesar disso, o quase exclusivismo sudanês para as populações negras da Bahia ganhou foros da cidade. O mapa de Renato Mendonça, hoje tão divulgado graças ao seu valioso trabalho sobre " A influência Africana no Português do Brasil", assinala o exclusivismo sudanês para as raças negras exportadas para a Bahia. Também Arthur Ramos, num mapa com que ilustra "As Culturas Negras do Novo Mundo", atribui a mesma procedência para os africanos importados pela Bahia" (VIANNA FILHO, 1946, p.115).

Salvador foi estruturada para dar suporte às relações do império colonial, dentre essas, o processo escravista. Em seus estudos, Matta (2013) descreve a forma de povoamento na cidade de Salvador, no século XVI, quando era habitada por índios, portugueses, e africanos recém-chegados, predominantemente, da região da Guiné. Os africanos chegaram para servir de mão de obra escrava, em substituição a mão de obra indígena: "A proibição e dificuldades em escravizar os negros da terra - como eram nomeados os índios - pressionaram para que a escravidão dos africanos crescesse" (MATTA, 2013). Entretanto, é importante ressaltar, que muito antes da chegada dos colonizadores, eram os tupinambás que originariamente ocupavam o território onde se formou o quilombo Cabula, sendo eles os habitantes da costa litorânea (MARTINS,2017).

O antigo quilombo do Cabula localizava-se em uma das maiores freguesias da cidade de Salvador, a freguesia de Santo Antônio Além do Carmo, fundada pelo bispo D. Pedro da Silva Sampaio, em 1646, situando-se distanciado do núcleo urbano e fazendo fronteira com freguesias do subúrbio (SOUZA, 2018).

Por volta de 1723, havia um grande crescimento da metrópole de Salvador, que estava se organizando a partir do critérios de classe e etnia. A maioria dos povos autóctones eram Tupinambás aldeados na Vila Caramuru e encontravam-se dispersos nas aldeias dos bairros de Brotas, Itapuã, Rio vermelho, Pirajá, e nos arredores da cidade. A cidade também era povoada por espanhóis, italianos, e portugueses descendentes de árabes, moros e judeus. No final do séc. XVIII o sistema baseado nos redutos de poder e na escravidão não dava conta de gerenciar o lento processo de urbanização de Salvador, desencadeando tensões que culminaram no enfraquecimento do sistema senhorial patrimonialista (MATTA, 2013).

No séc. XIX, a cidade do Salvador já apresentava uma dinâmica de mercado interno fortalecido, com oficinas de artesãos como sendo as primeiras indústrias com produção disciplinada pelo espaço e tempo, próprio da lógica capitalista (MATTA, 2013). Para Kátia Mattoso (1978) a primeira prova concreta da chegada em Salvador de organizações burguesas, nesse mesmo período, são as evidências de um mercado estruturado, dinâmico, baseado em intensa troca interna e externa de mercadoria, bem como da estruturação da economia monetária.

O antigo quilombo do Cabula carrega toda complexidade e identidade singular de um território rico em tradição e mística. Como descrito por Nicolin (2016, p. 67), "(...) até o momento Kimbula é a expressão que mais se aproxima do sentido das origens do topônimo Cabula, lugar de culto aos ancestrais e às forças cósmicas, lugar de compartilhar e de resistência à escravização". A autora continua:

> É importante estar atento para o que "carrega" em si a palavra Kimbula, pois há referência de que re-liga as reações anti escravagistas dos africanos do Kongo às reações anticoloniais e antiescravagista dos africanos no Brasil. Kimbula expressa um símbolo de mobilização política com estratégias para a criação de instituições de culto da tradição oral fundada pelas linhagens dos reinos do Kongo (NICOLIN, 2016,p. 70).

Durante a ocupação deste território, foi criado um enfrentamento ao sistema ideológico escravagista como estratégia de resistência para preservação da cultura e organização político-social, oriundas de diferentes sociedades africanas: Congo-Angola, Jeje-Daomé, Nagô-Iorubá. Assim nasceram as vivências africanas impregnadas do

simbólico cultural da "pequena" África reterritorializada no Brasil (NICOLIN, 2016). Contrariando esta ideia de reterritorialização que para Reis (1995/96):

> Também não procede, exceto talvez em poucos casos, a idéia de que os quilombolas fugiam para recriar a África no interior do Brasil, com o projeto de construir uma sociedade alternativa à escravocrata e além disso numa reação "contra-aculturativa" ao mundo dos brancos (REIS, 1995/96, p. 19).

É importante relacionar o conhecimento a respeito da história social e cultural do Cabula ao conhecimento das artes ancestrais, porque, seus valores culturais e sociais estão impregnados de força mística guerreira dos ancestrais que trouxeram para esse território espacial a música, a dança, a culinária e religiões de matriz africana, com forte borbulhar da existência social cabuleira (NICOLIN, 2014).

Entende-se como cabuleiro a pessoa que nasce ou vive no Cabula por muito tempo e apreende valores culturais singulares do lugar. Possui uma expressão que caracteriza a sua identidade social, preserva a herança dos antepassados, além de fomentar a ressignificação de sua linhagem, assegurando a continuidade transgeracional (NICOLIN, 2016).

O cabuleiro guarda a essência de seus antepassados, aqueles velhos, guardiões da memória ancestral da sua primeira mãe, a África, para assim preservar os saberes e zelar pelos orixás da nação Ketu, as inquices das nações Congo e Angola e os voduns da nação Jeje. Numa perspectiva dialética, esses habitantes se comportam também como contadores de histórias que cotidianamente, reafirmam sua origem (NICOLIN, 2016).

O habitante do Cabula aproxima-se do simbólico para nortear as macro e micro relações sóciocomunitárias, dando sentido a sua linguagem peculiar para formação das primeiras casas de culto africano de origem nagô, banto e jeje, corroborando com os dizeres a respeito dos patrimônios culturais imateriais presentes de forma marcante nesse território. Laraia (2004) refere que esse conceito transcorre no campo da identidade cultural, do território e da permanência histórica. Assim, o conceito de patrimônio cultural pode ser pensado como de patrimônio material e imaterial, mas ambos ligados à produção da identidade e da territorialidade. Contanto, para Nzinga (2019) tal conceito tem buscado a libertação das definições ancoradas na raça social da lógica colonial, para adentrar o campo do negro como protagonista do pertencimento étnico, cultural e de produção de conhecimento intelectual.

Ao tratar do histórico da política de patrimônio imaterial, que tem nas suas bases normas e parâmetros legais para o reconhecimento dos bens culturais, como é o caso do patrimônio imaterial dos povos quilombolas, é importante destacar a morosidade que

decorre o seu desenvolvimento e implementação, bem como as dificuldades enfrentadas para avanço dessas pautas em razão dos processos burocráticos, técnicos e legais. Para Nzinga (2019), esses problemas emergem da histórica distância social, cultural e simbólica, entre comunidades e grupos sociais marginalizados e a permanência das estruturas de poder arraigadas no Estado e no âmbito da academia e da ciência.

Não obstante, o patrimônio imaterial é vasto e relaciona-se com o simbólico, religioso e místico, haja vista a relação intrínseca do quilombo com a base africana, pois o processo identitário caminha em paralelo com o sagrado/religioso, com as cerimônias que integram a ancestralidade das religiões de matriz africana, respaldada na valorização do poder da natureza e dos elementos que a compõe (NICOLIN, 2016). Nessa perspectiva, o enraizamento na espiritualidade configura-se como um fator fundamental para o processo de resiliência dos povos quilombolas, constituindo uma estratégia de enfrentamento para as adversidades encontradas no processo de escravismo.

A memória social da população do Cabula constituiu uma estratégia indispensável para o processo de resistência cultural ao regime colonialista europeu. O enfrentamento a esse regime escravagista marcado por violações aos direitos humanos, costumes e saberes foi fortemente construído em bases culturais e religiosas tomando como referência a herança dos saberes ancestrais, que foi mantida viva pela memória de seus cantos, dança e rituais religiosos que encontram na resistência, seu fio condutor (NICOLIN,2016).

Assim a memória cultural dessa população está presente em algumas gerações que habitam o Cabula, enquanto outras forjaram as formas e perspectiva do sentimento de pertença (NICOLIN, 2016). Para Valentim e Trindade (2011) a memória constitui um fenômeno psicossocial no qual concorrem velhos e novos processos de recontextualização das identidades como um fator significativo para sentimento de continuidade e capacidade de transmissão de um grupo.

O reconhecimento dessa região enquanto quilombo remanescente nos remete a sua historicidade, legitimando-se como espaço onde os negros puderam desenvolver e salvaguardar seus costumes e reafirmar suas origens culturais (FERNANDES, 2003; NICOLIN, 2016). Sobre isso, Nicolin (2016,p.115) afirma que:”A preservação de um legado implica a consciência da identidade do grupo e a cultura está relacionada ao saber adquirido na experiência do grupo de pertencimento, sem perdas do que lhe é próprio, a singularidade”

A sobrevivência dos povos quilombolas esteve associada diretamente ao plantio de grãos e raízes e à comercialização dos excedentes. Na contemporaneidade, denominaram

essa prática de agricultura de subsistência. A forma de plantação era sazonal, seguia os ciclos da natureza comuma organização social de subsistência de quilombos a partir de sua experiência onde a produção é distribuída de forma igualitária, desde a produção de grãos, incluindo a prática da pesca, denominado por ele como Biointeração(SANTOS, 2019). Como explica o autor nesta citação:

> A melhor maneira de guardar o peixe é nas águas. E a melhor maneira de guardar os produtos de todas as nossas expressões produtivas é distribuindo entre a vizinhança, ou seja, como tudo que fazemos é produto da energia orgânica esse produto deve ser reintegrado a essa mesma energia. (SANTOS, 2019, p. 66)

Para Joel Rufino dos Santos (1999), o conceito de quilombo enquanto experiência coletiva atrelada a terra, mas não reduzida a esta, decorre da lógica colonial determinada pelo Conselho Ultramarino-1740[12], que não podendo privar aos povos escravizados o direito à terra, estabeleceram uma lei que condicionava todo o quilombo a uma lógica de controle, onde os quilombolas teriam suas terras reconhecidas, desde que se submetessem às ordens do Conselho. Segundo o autor:

> Na literatura histórica tradicional, tanto a conservadora quanto a crítica, quilombo é "ajuntamento de escravos fugidos", informe e passivo. A pesquisa histórica mais recente, entretanto, substituiu a visão de desordem, no interior do quilombo, pela de ordem alternativa. Alternativa em face de que? Da formação social colonial. Em que consistia essa alternatividade? Sumariamente: fartura no quilombo versus penúria nos engenhos; policultura versus monocultura; produção voltada para dentro versus economia de exportação; trabalho coletivo versus trabalho escravo; acordo ecológico versus predatorismo; apropriação coletiva da terra versus apropriação monopolística; convivência racial versus segregação; e assim por diante. Não admira, de nenhuma forma, que o colonialismo português (espanhol entre 1580 e 1640; e holandês entre 1630 e 1654) não desse quartel aos quilombos: percebia-os como seu antagônico, dois estados no mesmo território. Os quilombos realizavam ocupação pela força da terra — o mais precioso bem da sociedade colonial —, valorizando-a; não pagavam impostos e, muitas vezes, cobravam pedágios aos fazendeiros. (SANTOS, 1999, p. 19).

Os quilombos são organizações constituídas como expressões do desejo de liberdade, influenciados pelos fatores geográficos ecológicos e em especial pelos campos

[12] Foi um órgão criado em Portugal no ano de 1643 durante o reinado de D. João IV, com atribuições em áreas financeiras e administrativas, primeiro, da África portuguesa e da Índia portuguesa e, depois, de todo o ultramar, incluindo o Brasil. Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Conselho_Ultramarino

de forças sociais inerentes ao contexto de insubordinação e ocupação do território (MUNANGA, 1988).

A expressão quilombo no Brasil vem sendo sistematicamente usada desde o período colonial, estabelecendo relação com as dimensões históricas, geográficas e culturais, incluindo os processos de identidades coletivas, de pertencimento racial, direitos socioculturais e políticos que permanecem como um dispositivo polêmico no campo dos direitos sociais (SILVA, 2008). Pode juntar ao próximo?

O significado de quilombo é demarcado por dois tempos de opressão social: a escravidão dos povos africanos até o final do século XIX e a ditadura militar no século XX. Entre esses dois processos, demarcam as estratégias de oposição à ordem vigente, como estratégia de resistência (SILVA, 2008).

Considerando que o quilombo e o território constituem partes inseparáveis de um mesmo processo, surge a necessidade de conceituar território, para um amplo entendimento acerca do Antigo Quilombo Cabula, posto que o território constitui uma apropriação de espaço que se desenvolve a partir da relação entre indivíduo e o mundo numa dialética de fronteira envolvendo espaço geográfico, os povos com suas etnias e suas interações no ambiente físico e humano, enquanto que sociedade constitui o elemento que dinamiza a produção do território, como produtor de redes, circuitos e fluxos de grupos sociais, superando as suas fronteiras e suas relações com outros povos (GOUTAGNY, 1997).

O território quilombola dispõe de uma identidade singular, percebido como um elo entre seus moradores e destes com seu território, sua identidade advém da sua forte conexão com a terra e de suas relações comunitárias criadas por interesses comuns e com a participação de suas lideranças. As comunidades quilombolas são consideradas como grupos minoritários que valorizam acentuadamente seus traços culturais e suas relações coletivas para adequar-se às pressões sofridas decorrentes das condições adversas (BERTAGNOLLI, 2015).

O território enquanto espaço de identidade de um povo, faz parte da história da humanidade, uma vez que, guerras e violências sempre estiveram presentes entre os povos e civilizações, tomando como justificativa a ocupação dos territórios ou a defesa dos mesmos. Particularmente no caso das terras e dos territórios quilombolas é preciso admitir que estes devem ser reconhecidos como elementos identitários para essas comunidades (MUNANGA, 1988).

A terra e os territórios quilombolas são imprescindíveis para construção de vínculos entre a comunidade e seus antepassados, que habitaram e morreram nessa terra da

qual dependem a sobrevivência individual e coletiva, como o corpo individual e social que serve de suporte material para todas as identidades. Assim como a negritude é um fator constitutivo de identidade coletiva negra, os territórios quilombolas constituem a alma de sua identidade, sem a qual deixariam de existir ontologicamente (MUNANGA, 1988).

Nesse processo de resistência, os quilombolas e suas descendências se lançaram na busca de território próprio, onde podiam viver sem a pressão oriunda da assimetria da relação de exploração. Alguns daqueles territórios, quase clandestinos, resultaram da resistência religiosa enquanto manifestação de identidade, para cultuar seus deuses– orixás, voduns e nkisis- em espaço físico ou geográfico atualmente considerado território étnico (MUNANGA, 1988).

No contexto do Cabula, a situação sócio existencial da população é amparada pela espiritualidade, com a força do *arkhé*, através do culto aos orixás. Por conta dessa herança ancestral, justifica-se discorrer sobre as religiões de matriz africana que estão plantadas nesse território. Pode juntar ao próximo?

Para compreender as religiões de Matriz africana no Cabula é fundamental recorrer aos estudos de Nicolin (2016) que discorre sobre o fenômeno de repatrimonialização dos povos Africanos através do culto aos Orixás-divindades Iorubás, Minkissis-divindades Kongo-Angola e Voduns-divindades Jejes. A autora também destaca o culto aos ancestrais ilustres – *eguns* ou *mpungu*, em honra a linhagem africana.

Alguns estudiosos referem que a Iyá Oba Biyi do Ilê Opô Afonjá, fixou sua comunidade nas imediações do Cabula, por considerar aquele território repleto de memórias ancestrais dos povos africanos, com suas tradições culturais (NICOLIN,2014; ALMEIDA,2007). Pode juntar ao próximo?

Atualmente existem três terreiros de candomblé, no Cabula, que são reconhecidos como patrimônio histórico da cultura africana. São eles: Ilê Axé Opó Afonja de nação Nagô(Fotografia 8), Tumbenci de Nação Congo/Angola (Fotografia 9); Terreiro Bate folha de Nação Congo/Angola (Fotografia 10).

**Fotografia 8**-Terreiro Ilê Axé Opó Afonjá

Fonte: http://iphanba.blogspot.com/2015/07/terreiro-ile-axe-opo-afonja-completa-15.html

**Fotografia 9-**Terreiro Tumbenci

Fonte:http://www.museudigitalterreirotumbenci.uneb.br/?wpcproduct=entrada-do-terreiro

**Fotografia 10-**Terreiro Bate folha, 1916

Fonte: https://tatakiretaua.webnode.com.br/o-inicio/bate-folha-salvador-ba/

Os moradores antigos do Cabula, contam que nas terras daquele território até metade do século XX, existiam muitas águas em formas de rio, lagoa, riacho, cachoeira, fontes ou nascentes, que foram responsáveis por atrair os ancestrais africanos que as consideravam sagradas e as nomearam como Lagoa da Vovó (Fotografia 11) e Baixa de Nanã. A Lagoa da Vovó foi soterrada na década de 1970 para erguer o Condomínio Solar Orixás da Bahia, localizado em frente à comunidade da Engomadeira, comunidade onde está a Baixa de Nanã, local em que havia sete fontes ou nascentes, e onde, no passado, realizava-se o ritual de matriz africana do culto aos ancestrais da terra, tendo como entidade, guia de maior agrado, o Orixá Nanã. (NICOLIN, 2016). Nanã é uma Orixá considerada a senhora dos Primórdios, que guarda os aspectos Míticos- religiosos de um tempo e de um espaço determinado, com força e poder, mãe misteriosa plena de grandeza iluminada pela transcendência de sua ancestralidade (MARTINS 2008).

**Fotografia 11-** Pedreira da Lagoa da Vovó, São Gonçalo do Retiro

Fonte:http://lagoadavovo.blogspot.com/search/label/Galeria%20de%20fotos(Fotografia deVinicius Nailton)

No continente africano, o culto a Nanã é praticado no Oeste da África, se estendendo até o Rio Níger e região Tapa. Ela é cultuada pelos Iorubas e pelos jejes do Benim (MARTINS, 2008).No Brasil especialmente nos terreiros de origem Iorubá, Nanã se divide em muitas outras qualidades, sendo a mais conhecida Nanã Buúku ou Nanã Burucu, mas, na diáspora brasileira, o nome mais reconhecido da orixá é Nanã. O culto a essa divindade é o mais forte no ocidente africano, ela é a senhora das águas paradas, mas também, o orixá da agricultura, e sua relação com a lama e a terra úmida, está associada a fertilidade e aos grãos (MARTINS 2008).

Os orixás são divindades do povo Iorubá de grande importância na estruturação do mundo religioso afro-americano. Esse povo é encontrado na África ocidental entre Badagri a Oeste e o rio Benim a Leste. Os principais reinados desses povos estão na Nigéria e em uma parte do antigo Daomé, atual república do Benim. Quando o orixá é feminino é chamada de Aiabá e quando masculino a denominação é Ocurin (MARTINS, 2008).

No Brasil, o culto aos Orixás, Voduns e Inquices é denominado de candomblé, e muitos conceitos podem oferecer sustentação à organização da religião dos orixás em termos de autoridade religiosa e hierarquia sacerdotal. Para compreender o candomblé é preciso considerar a experiência de vida, o aprendizado e saber que estão intimamente imbricados no tempo a ele dedicado.

Para Prandi (2001), somente a partir do conhecimento da origem africana é

possível compreender a dinâmica das religiões afro-brasileiras, como afirma esse autor:

> Da mesma maneira se pode ampliar o conhecimento sobre valores e modos de agir observáveis entre os seguidores dessas religiões quando consideramos a herança africana original em oposição a concepções ocidentais com que a religião africana teve e tem de se confrontar no Brasil, sobretudo nas situações em que concepções de diferentes origens culturais se opõem e provocam ou propiciam mudanças naquilo que os próprios religiosos acreditam ser a tradição afro-brasileira, seja ela doutrinária, seja ritual. As noções de tempo, saber, aprendizagem e autoridade, que são as bases do poder sacerdotal no candomblé, de caráter iniciático, podem ser lidas em uma mesma chave, capaz de dar conta das contradições em que uma religião que é parte constitutiva de uma cultura mítica, isto é a- histórica, se envolve ao se reconstituir como religião numa sociedade de cultura predominantemente ocidental, na América, onde tempo e saber têm outros significados (PRANDI, 2001, p.43-44)

O candomblé é a religião dos orixás formada na Bahia no século XIX a partir de tradições de povos Iorubás ou Nagôs, com influências de costumes trazidos por grupos Fons, aqui denominados Jejes, e residualmente por grupos africanos minoritários (PRANDI, 2001).

As Comunidades-Terreiro, em paralelo à própria presença de africanos e descendentes, que dispersos pelo Cabula, marcaram o território, serviram (e servem) como elo em um passado quilombola ancestral, mítico e heróico, atualizam suas referências históricas de maneira a fortalecer o cotidiano das comunidades. Mais do que uma vinculação onírica e sem substância, o culto aos orixás propiciaram o fortalecimento do senso de comunidade, sendo comum, a associação por parte de mais velhos e mais velhas na área do Cabula dos núcleos populacionais, que deram origem aos atuais bairros com os seus terreiros (NICOLIN, 2016). De maneira mais especial, o culto aos orixás também serviram como conexão não apenas com o passado africano, mas também com comunidades negras espalhadas na Diáspora.

A fundação de um terreiro começa com o "plantio" do axé no solo, onde é conservado e simbolicamente realimentado pela comunidade. Desenvolver essa força é a regra - obrigação de todos os iniciados, já que cada um deles, por meio do ritual, é receptor e impulsor de axé. Axé é algo que literalmente se planta (graças a suas representações materiais) num lugar, para ser depois acumulado, desenvolvido e transmitido. Existe axé plantado nos assentamentos dos orixás, dos ancestrais e no interior de cada membro do terreiro (SODRÉ, 2002).

O terreiro (de candomblé), afigura-se como a forma social negro-brasileira por excelência, porque, além da diversidade existencial e cultural que engendra, é um lugar

originário de força ou potência social para uma etnia que experimenta a cidadania em condições desiguais. Através do terreiro e de sua originalidade diante do espaço europeu, obtêm-se traços fortes de subjetividade histórica das classes subalternas no Brasil (SODRÉ, 2002).

O papel social que as comunidades de terreiro exercem sobre os negros, vítimas da descaracterização e expropriação através do desenraizamento no processo escravagista é de reconstrução da sua soberania. Sodré (2002), apresenta sua fundamentação quanto à relevância social do terreiro de candomblé para o fortalecimento da identidade desses povos:

> A Arkhé que o terreiro negro "solicita" é a de uma origem e um destino guiados pelo axé, pela força de vida e de realização capaz de estabelecer as diferenças fundamentais para o grupo, de orientá-los no sentido da expansão dando-lhe razões de soberania. Isso tanto ao nível dos rituais quanto da movimentação e do diálogo necessários a continuidade do grupo numa história concreta. Não se trata de uma "religião" que exiba uma grande "verdade natural", mas da dimensão sagrada que permeia a história, em nome de classes subalternas, para afirmar o presente, estabelecendo outras redes de solidariedade social. (SODRÉ, 2002. p. 112)

Todavia, Sodré oferece uma definição da fé das religiões de origem africana em comparação com sentimento de fé que é cultuado na religião cristã:

> É o axé, a força estruturante da comunidade, que busca e redefine os espaços necessários à continuidade. A "fé" implicada nessa força é bem diferente do sentimento individual e salvacionista (guiado por uma macro finalidade) que traduz a fé cristã. Trata-se mesmo de uma força de afirmação ética (sentimentos e valores) do grupo, capaz de se transformar, absorvendo, nas rupturas do tempo histórico, as singularidades de um território. (SODRÉ, 2002. p. 106)

Na geografia mística, o espaço sagrado representa o espaço real por excelência, pois o mito é real para o mundo arcaico, sendo a revelação da autêntica realidade do sagrado. A Comunidade africana, por sua vez, não é o espaço utópico de trocas beatificas isentas de conflito e luta, é antes, o lugar histórico possível em que a tradição se instala como uma dimensão maior que a do indivíduo singular, levando-o a reconhecer-se nela como algo diferente de si mesmo, como um grande outro que inclui tanto pedras, plantas, animais e homens, como a própria morte, com a qual se institui uma troca simbólica na forma de culto aos ancestrais (SODRÉ, 2002).

É nesse contexto de sacralidade, lugar onde a população do Cabula permanece fincada, que o ato de cultuar os Orixás, Vondus e Inquices é honrado para preservar os

saberes da ancestralidade de um povo que guarda em memórias as raízes da diáspora africana, e as práticas de cuidado aprendidas e transferidas por gerações, e aplicadas à saúde numa visão cosmológica, em busca da cura da sua vida por inteiro.

## 5.2 Mapeando espaços de saúde no Cabula

Cabe aqui um adendo sobre a estruturação do campo da Saúde no território do Cabula, que passa a ser considerado,a partir da lógica da regionalização da saúde, Distrito Sanitário Cabula Beiru (DSCB). A divisão territorial de Salvador, de acordo com as "Prefeitura-Bairro", relacionada à definição do Distrito Sanitário, foi definida em 2016, por meio do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do Município de Salvador (PDDU) que foi instituído pela Lei Municipal nº 9.069(SALVADOR, 2016).

Ao buscar dados sobre abrangência territorial e populacional do Cabula, para o dimensionamento do alcance das estruturas de saúde, considerando suas divisões em bairros menores, deparei com uma série de distintas classificações, fontes e informações, que compilo no Quadro 2. Constatei a partir das fontes consultadas, que existem divergências em torno da denominação, da composição territorial de bairros e informações populacionais, provavelmente fruto de mudanças históricas permeadas de tensões em torno dessas definições, que oscilam entre distintas origens institucionais, fontes de dados, métodos de cálculo e decisões conceituais.

**Quadro 2 –** Compilação de informações sobre denominações, composição territorial e populacional do Cabula

| **Fonte** | **Denominação** | **Composição de Bairros** | **Informação populacional e fontes** |
|---|---|---|---|
| Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Volume II – Distritos Sanitários. | Distrito Sanitário Cabula Beiru (DSCB) | **No corpo do texto cita 21 bairros, porém em nota de rodapé lista 70 bairros**: Alto da Ventosa, Alto do Arraial, Alto do Calabetão, Alto do Cruzeiro1, Arraial do Retiro, Baixa da Paz, Baixa de Santo Antônio, Baixa do Calabetão, Baixa do Cruzeiro, Baixa do Manú, Baixa do Sapo, Baixa do Tubo2, Baixinha do Santo Antônio, Barreiras, Bate Folha, Beco do Coruja, Beco do Fuxico, Beirú-Tancredo Neves, Bom Futuro, CAB, Cabula, Cabula I, Cabula II, Cabula III, Cabula IV, Cabula VI, Cabula VII, Cabula IX, Cabula X, Calabetão, Campo Seco, Chácara Perseverança, Chácara Senhor do Bonfim, Cachoeira, Invasão Barreiras, Invasão CAB, Invasão Narandiba, Cj. Baía de Todos os Santos, Conjunto J. S. Cavalcante, Conjunto Jardim Cabula, Conjunto João Durval, Conjunto Novo Horizonte, Conjunto Parque Flamengo, Conjunto Salvador, Conjunto Santa Edwirgens, Doron, Engomadeira, Fazenda Pompilio Bittencourt, Jardim Guimar, Jardim Pampulha, Jardim Santo Inácio, João Caldas, Loteamento Jardim Brasília, Loteamento Jardim Inácio, João Caldas, Loteamento Jardim Iara, Mata Escura, Narandiba, Nova Sussuarana, Parque Jacélia, Parque Residencial Vale Mangueira, Pedreira S.G. Retiro, Pernambués, Saramambaia, Saboeiro, São Gonçalo, Sussuarana, Tesoura, Vila Aberlado Magalhães, Vila Dois Irmãos. | 385.852 em 2010 e estima<br>421.246 em 2015.<br><br>Cita como fontes: IBGE (população estimada e Censo 2010) e SINASC (Processados em 2017) porém não explicita métodos de cálculo. |
| Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do Município do Salvador 2016 (PDDU 2016). | Prefeitura-Bairro VIII - Cabula / Tancredo | **Enumera 22 bairros no Mapa em Anexo**: Arenoso, Arraial do Retiro, Barreiras, Beiru/Tancredo Neves, Cabula, Cabula VI, Calabetão, Centro Administrativo da Bahia 4, Doron, Engomadeira, Granjas Rurais | 371.304 (Censo 2010) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Neves | Presidente Vargas, Jardim Santo Inácio, Mata Escura, Narandiba, Nova Sussuarana, Novo Horizonte, Pernambués, Resgate, Saboeiro, São Gonçalo, Saramandaia, Sussuarana | |
| Site Prefeituras Bairro (Disponível em: http://prefeiturabairro.salvador.ba.gov.br/ index.php/unidades/cabula-tancredo-neves, Acesso em: 07 de outubro de 2020). | Prefeitura-Bairro VIII - Cabula / Tancredo Neves | **Lista 22 bairros**: Arenoso, Arraial do Retiro, Barreiras Beiru/Tancredo Neves, Cabula, Cabula VI, Calabetão, Centro Administrativo da Bahia 4, Doron, Engomadeira, Granjas Rurais Presidente Vargas, Jardim Santo Inácio, Mata Escura, Narandiba, Nova Sussuarana, Novo Horizonte, Pernambués, Resgate, Saboeiro, São Gonçalo, Saramandaia, Sussuarana | 239.564 (Sem Fonte) |
| SOUZA, Helaine Pereira de. Coletivo Cultarte: limites e possibilidades para autonomia e empoderamento de mulheres no antigo quilombo do Cabula. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação. Programa de Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento. 2018. | Cabula | **Lista 17 bairros:** Arenoso, Arraial do Retiro, Beiru5, Cabula, Doron, Engomadeira, Estrada das Barreiras, Fazenda Grande do Retiro, Mata Escura, Narandiba, Novo Horizonte, Pernambués, Resgate, Saboeiro, São Gonçalo, Saramandaia, Sussuarana. | Cita dois dados distintos: 393.249 habitantes (IBGE, 2010) e 386.919 (IBGE, 2010). |
| Observatório de Bairros Salvador: observaSSA, (Disponível em: https://observatoriobairrossalvador.ufba.br/ , Acesso em: 07 de outubro de 2020). | Cabula | **Considera apenas um bairro:** Cabula. | 23.869 habitantes (CONDER/INFORMS 2016) |
| Distritos Sanitários. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura de Salvador (Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/#1463062811469-2991b9bd-61ff , , Acesso em: 07 de outubro de 2020). | Distrito Sanitário de Cabula Beiru (DSCB) | **Lista 70 bairros**: Alto da Ventosa, Alto do Arraial, Alto do Calabetão, Alto do Cruzeiro1, Arraial do Retiro, Baixa da Paz, Baixa de Santo Antônio, Baixa do Calabetão, Baixa do Cruzeiro, Baixa do Manú, Baixa do Sapo, Baixa do Tubo2, Baixinha do Santo Antônio, Barreiras, Bate Folha, Beco do Coruja, Beco do Fuxico, Beirú-Tancredo Neves, Bom Futuro, CAB, Cabula, Cabula I, Cabula II, Cabula III, Cabula IV, Cabula VI, Cabula VII, Cabula IX, Cabula X, Calabetão, Campo Seco, Chácara Perseverança, Chácara Senhor do Bonfim, Cachoeira, Invasão Barreiras, Invasão CAB, Invasão Narandiba, Cj. Baía de Todos os Santos, Conjunto J. S. Cavalcante, | 392.542 habitantes (IBGE/SESAB-DICS-2007) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Conjunto Jardim Cabula, Conjunto João Durval, Conjunto Novo Horizonte, Conjunto Parque Flamengo, Conjunto Salvador, Conjunto Santa Edwirgens, Doron, Engomadeira, Fazenda Pompilio Bittencourt, Jardim Guimar, Jardim Pampulha, Jardim Santo Inácio, João Caldas, Loteamento Jardim Brasília, Loteamento Jardim Inácio, João Caldas, Loteamento Jardim Iara, Mata Escura, Narandiba, Nova Sussuarana, Parque Jacélia, Parque Residencial Vale Mangueira, Pedreira S.G. Retiro, Pernambués, Saramambaia, Saboeiro, São Gonçalo, Sussuarana, Tesoura, Vila Aberlado Magalhães, Vila Dois Irmãos. | |

Fonte: elaborado pela autora, das referências citadas no corpo da tabela.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (PMS)- (SALVADOR, 2017b), o DSCB constitui a região vinculada com a "Prefeitura-Bairro VIII – Cabula Tancredo Neves", possuindo área de 25,89 km² com uma densidade demográfica de 16,27 hab/km² e população estimada em 421.246 habitantes para o ano de 2015. Conforme definição do PDDU 2016, o Distrito abrange 22 bairros no seu território (SALVADOR,2016).De acordo com o PMS(2017), a rede de assistência à saúde do DSCB é constituída por nove Unidades Básicas de Saúde (UBS); nove Unidades de Saúde da Família (USF); dois Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); duas Unidades de Pronto Antedimento (UPA); e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Para compreender a composição da estrutura de saúde do DSCB, procurei a gestão desse DS para maiores esclarecimentos a respeito das distintas informações encontradas no PMS(2017), no site da Prefeitura Municipal de Salvador. O DSCB recomendou que eu seguisse os dados do PMS, incluindo as três unidades que foram recém-inauguradas, em 2020 - USF Padre Mauricio Abel-São Gonçalo; USF Claudelino Miranda – Resgate; e USF Antonio Ribeiro Neiva- Arraial do Retiro.

Adicionalmente, reconheço dois hospitais no território: um Hospital Geral de alta complexidade, o Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), e um Hospital Psiquiátrico, o Hospital Juliano Moreira (HJM). A distribuição destas unidades, bem como a relação entre a cobertura ideal e real a partir da estimativa populacional pode ser conferida na Quadro 3 abaixo.

**Quadro 3 –** Distribuição e alcance de Unidades de Saúde no DSCB

| Tipo de Unidade | Quant. | Bairros | Relação Unidade/ habitante ideal | Relação Unidade/ habitante real |
|---|---|---|---|---|
| **Unidade Básica de Saúde (UBS)** | 09 | • Calabetão - C74.S. Calabetão<br>• Saboeiro - 11º C. S. Eunísio Coelho Teixeira<br>• Engomadeira - C.S. Engomadeira<br>• Mata Escura - C.S. Mata Escura<br>• Santo Inácio - C.S. Santo Inácio<br>• Sussuarana - C.S. Sussuarana<br>• Pernambués - CS do CSU de Pernambués<br>• Arenoso - C.S. Arenoso<br>• Estrada das Barreiras - C.S.Barreiras | 1/18.000*<br><br>Considerando a populacao estimada em 421.246**, deveria haver cerca de 23 unidades no distrito | 1/46.805<br><br>Considerando a populacao estimada em 421.246, há uma unidade para cada 46.805 hab. no distrito |
| **Unidade de Saúde da Família (USF)** | 12 | • Arenoso - USF Prof. Guilherme Rodrigues da Silva<br>• Saramandaia - USF Dep. Cristóvão Ferreira<br>• Cabula VI - USF Fernando Filgueiras – Alto da Cachoeirinha<br>• Doron - USF Prof. Dr. Carlos Santana<br>• Pernambués - USF Prof. Humberto Castro Lima – Pernambuezinho<br>• Estrada das Barreiras - USF Barreiras<br>• Sussuarana - USF Raimundo Agripino<br>• São Gonçalo - USF Padre Mauricio Abel<br>• Mata Escura - USF Mata Escura<br>• Nossa Senhora do Resgate - USF Claudelino Miranda)<br>• Arraial do Retiro - USF Antonio Ribeiro Neiva<br>• Calabetão - USF Calabetão | 1/12.000*<br><br>(Considerando a populacao estimada em 421.246, deveria haver cerca de 35 unidades no distrito) | 1/35.104<br><br>(Considerando a populacao estimada em 421.246, há uma unidade para aproximadamente35.104 hab. no distrito) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)** | 02 | • Pernambués - CAPS II Eduardo Saback Dias de Moraes<br>• Pernambués - CAPS AD | CAPS I- pop. >15mil hab.*** = 28 unidades<br><br>CAPS II- pop. > 70mil hab. *** = 6 unidades<br><br>CAPS III- pop. > 150mil hab. *** = 3 unidades (2,8)<br><br>CAPS AD- pop. >70mil hab. *** = 6 unidades<br><br>CAPS AD III- pop. > 150 mil hab. *** = 3 unidades (2,8)<br><br>CAPS i- pop. > 70mil hab. ***= 6 unidades | 1CAPS II/ 421.246hab.<br><br>1 CAPS AD/ 421.246hab. |
| **Unidades de Pronto Antedimento (UPA)** | 02 | • Pernambués - PA Edson Teixeira Barbosa<br>• Tancredo Neves - PA Dr.Rodrigo Argolo IV | 1/300.000**** | 1/210.623 |
| **Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)** | 01 | Cabula VI | -***** | |
| **Hospital Geral** | 01 | Cabula | | |
| **Hospital Psiquiátrico** | 01 | Narandiba | | |
| | | | | |

Fonte: Elaborada pela autora, com base nas informações referenciadas no corpo do texto.
*Parâmetros apresentados na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017)
** Estimativa populacional calculada e apresentada no PMS (SALVADOR, 2017b)
*** Parâmetros apresentados no documento do Ministério da Saúde:Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015).
****Parâmetros apresentados naPortaria nº 1020, de 13 de maio de 2009(BRASIL, 2009).

***** Não foi encontrado o parâmetro.

O quadro acima ilustra a distribuição espacial de unidades de saúde conforme seu tipo no território do DSCB. Cabe ressaltar, que durante os últimos cinco anos em que estive em campo de prática nas UBS do DSCB (UBS Mata Escura, UBS Arenoso, UBS Santo Inácio), ouvi vários relatos dos Agentes Comunitários em reuniões de equipe, que muitas famílias moradoras de áreas dominadas pelo tráfico de drogas permaneciam desassistidas em razão do impossibilidade de adentrar esses territórios por conta do risco, ficando essa população ainda mais vulnerável.

No mesmo quadro apresento o número de unidades de saúde do DSCB, por tipo de unidade, bem como a quantidade ideal para atender a população do distrito, de acordo com os parâmetros recomendados pelo MS de cobertura padrão. Assim pude verificar que estão muito distantes de uma perspectiva que atenda as demandas assistenciais em saúde da população do Cabula. Aplicando um método de cálculo simplificado[13] pude estimar que o número ideal de UBS seria de 23 unidades e de USF 35 unidades e conta com apenas 9 UBS e 12 USF. O número ideal de CAPS varia segundo o tipo, entretanto, conta com apenas duas unidades no DSCB (ambas no bairro de Pernambués) sendo o ideal, para CAPS I, 28 unidades. O único tipo de unidade que se encontra dentro dos parâmetros populacionais ideais são as UPAs, o que significa que ainda se encontra longe de efetivar o modelo de transição com alta resolubilidade na atenção básica do DS. Além disto, as unidades de maior complexidade e de caráter de atendimento à urgências e emergências apresentam maior força de manobra política,sendo o investimento privilegiado.

Esse fênomeno decorre do modelo hospitalocêntrico instalado no Brasil, a partir da ciência moderna, com a implementação da tecnologia no campo da assistência à saúde, reproduzindo uma cultura de valorização da atenção a doença e as intervenções médicas, em lugar da valorização à promoção da saúde.

Os problemas como a dificuldade para uma marcação de consulta médica ou odontológica nas UBS do Distrito Sanitário Cabula-Beiru (DSCB) identificados desde o início de minha jornada docente no Cabula, perdura até os dias atuais, conforme o PMS (2017b).O documento elenca dificuldade de acesso às consultas e exames de especialidades; de acesso à consulta de Atenção Básica; de marcação de consultas *online* através do SistemaVida+ devido à baixa oferta. Os dados qualitativos apresentados no PMS (2017b) foram acessados na "Oficina para Identificação e Priorização de Problemas de Saúde do Distrito Cabula Beiru" ocorrida em 20 de Julho de 2017, tendo como participantes 87 pessoas, sendo 11 do segmento

[13]Um método mais sofisticado de cálculo deveria estimar o número de unidades considerando os critério populacionais e os arranjos assistenciais entre os diferentes tipos de unidades disponibilizados à população.

de usuário,

30 do segmento de profissionais, 19 do seguimento de gestores de unidades, 10 Agentes Comunitários de Saúde, 03 representantes do Conselho de Saúde, 14 integrantes da equipe distrital/SMS.

O PMS (2017) utiliza alguns indicadores de atenção à saúde para analisar a situação da população do território, indicando que o DSCB dispõe de uma Cobertura de Atenção Básica, em 35,8%; de Estratégia de Saúde da Família, em 24,6%; de Cobertura de Saúde Bucal,em27,9%; e de Saúde Bucal na ESF,em21,97%.Considerando que o DSCB não dispõe da cobertura preconizada pelo MS, é possível inferir que essa população não recebe a Atenção Básica recomendada, sendo que as UBS são a entrada de todo o sistema e potencialmente deveriam ser responsáveis pela resolubilidade de 80% de toda demanda por serviços de saúde (MS, 2018).

A baixa cobertura em Salvador prevalece desde o início da implementação da Gestão Plena, em 2006. Seguindo a tendência de que os municípios assumam cada vez mais a responsabilidade pelo relacionamento com os prestadores de serviço, à medida que se habilitem às condições de gestão descentralizada do sistema, a Norma Operacional de Assistência a Saúde(NOAS/SUS 01/02), instituída pelo MS define duas condições de participação do município na gestão do SUS: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base *per capita* para o financiamento das ações de atenção básica, e Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território (BRASIL, 2003). Sendo em Salvador adotada a gestão Plena do Sistema Municipal, visto que o muicípio se responsabiliza tanto pelas atividades primárias, como as de média e alta complexidade.

Embora os serviços de saúde tenham crescido e melhorado, ainda existem acentuadas desigualdades regionais nos serviços prestados à população. A cobertura das consultas médicas pelo SUS constitui um exemplo claro que expressa as diferenças significativas entre as regiões e as diversas áreas das grandes metrópoles. A melhor performance de consultas médicas, procedimentos de enfermagem e consultas odontológicas em Salvador está concentrada na região do Centro, com performance mediana em Distritos Sanitários de regiões com menor vulnerabilidade. Além da baixa cobertura, os serviços essenciais, tais como: os exames de diagnose, não são suficientes para atender os usuários (CARDOSO; VIEIRA, 2012).

Constata-se, portanto, que um dos maiores obstáculos advém da baixa cobertura da atenção básica, comprometendo os outros indicadores que expressam as condições de saúde

da população.Além de dados sobre a cobertura da Atenção Básica, o PMS (2017b) elencou uma série de problemas relacionados às Unidades do DSCB, que são interdependentes e resultantes das dificuldades de gestão e da baixa cobertura da atenção, como: a) dificuldade do acesso às ações oferecidas; b) falta de insumos; c) deficiência na manutenção dos equipamentos; d) insuficiência de equipamentos; e) insuficiência de medicamentos de uso contínuo; f) falta de um Conselho Local; g) falta de controle social no Distrito; e dificuldade de regulação dos leitos hospitalares, conforme apresentado no quadro a seguir, retirado do próprio documento (Quadro 4):

**Quadro 4–** Percepção dos Problemas dos Servicos de Saúde do DSCB, Salvador 2017

| PROBLEMAS DOS SERVIÇOS DE SAUDE |
|---|
| Acesso dificultado aos serviços de diagnostico através do sistema VIDA |
| Ausência de regulamentação do PCCV |
| Ausência de um Multicentros no território |
| Baixa cobertura da ESF no distrito |
| Baixa cobertura da oferta de serviços de saúde básica no Distrito Sanitário |
| Baixa cobertura de NASF |
| Baixa cobertura do CAPS e desestruturação da RAPS |
| Baixa cobertura do **serviço de saúde** (SAD, e parto natural) |
| Centralização de algumas vacinas (antirrábica e BCG), em algumas US, em 2016 |
| Deficiência de informação e comunicação |
| Deficiência de manutenção predial (estrutura física) nos distritos |
| Deficiência de vagas ofertadas no Sistema Vida |
| Deficiência no envolvimento comunidade/gestão |
| Déficit de funcionários da área administrativa (carência de funcionários para atendimento) em todas as unidades de saúde do Distrito Sanitário |
| Dificuldade de acesso (sempre) às consultas e exames de especialidades (urologista, mastologista, oftalmologista, angiologista, cardiologista, neurologista, ultrassom, colonoscopia) em todas as unidades de saúde do Distrito Sanitário |
| Dificuldade de acesso a consulta de Atenção Básica no Distrito em 2017 (ginecologia, pediatria) |
| Dificuldade de acesso à rede básica pelos usuários do CAPS |
| Dificuldade de marcação de consultas online através do Sistema Vida devido à baixa oferta |
| Dificuldade na implementação dos Conselhos Locais (Burocracia/impedimento local) |
| Dimensionamento de RH de acordo a necessidade local da população (não tipologia) |
| ESF incompletas, com problemas de recursos humanos |
| Falta de engajamento popular e controle social da população |
| Falta de insumos nas unidades do Distrito |
| Falta de material educativo no almoxarifado |
| Falta de recursos materiais e equipamentos (computador, internet, telefone, internet, segurança) unidades de saúde do Distrito |
| Falta de transparência nos processos de construção, reforma de unidades e outros |
| Falta de vagas no sistema de regulação (dificuldade de regulação) |
| Falta do Conselho Local nas unidades nos últimos cinco anos |
| Falta, regularmente, de medicamentos na farmácia básica no Distrito Sanitário |
| Falta/deficiência de segurança nas unidades de saúde do Distrito sanitário |
| Falta/Insuficiência de insumos, materiais para manter os serviços nas Unidades de Saúde do DS (NASF) |
| Falta/insuficiência de manutenção dos equipamentos nas unidades |
| Inexistência de CAPS ia |
| Insuficiência de equiparação de 1 equipe de saúde bucal para 1 equipe de saúde da família no DSBRT, 2017 |
| Insuficiência de processos de qualificação para profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). |
| Modelo de Gestão implantado de forma incipiente |
| Não cumprimento do PCCV e PDP e falta de gratificação dos setores administrativos |
| Necessidade de fortalecimento do Conselho de Saúde (DS) |
| Precarização das condições de trabalho-avanço do Plano de Cargos e Carreiras, Insalubridade, vínculos precários |
| Quantidade insuficiente de medicamentos de uso contínuo |
| Recursos Humanos insuficiente nas unidades de saúde e na atenção Especializada (serviços de saúde) |

Fonte: Plano Municipal de Saúde (SALVADOR, 2017b).

Ao analisar o quadro observamos que parte destas inadequações tem como causa a baixa cobertura da atenção básica neste território.De acordo com Cardoso e Vieira(2012), a baixa cobertura expressa uma associação do crescimento insuficiente da oferta de serviços acrescido do aumento da população e consequentemente da demanda assistencial. A

ampliação da cobertura das ações da atenção básica oferecidas pelo SUS constitui um dos principais desafios para a atenção à saúde no Distrito e no município de Salvador.

O panorama de saúde do DSCB aponta para a permanência do problema que já vem sendo discutido e debatido nas instâncias de saúde do município e do estado há mais de 10 anos, como registro em minhas memórias, e vem gerando sérios agravos de saúde como registrado formalmente no PMS(2017). Para promover a reorganização das ações da Atenção Básica torna-se indispensável considerar fatores decorrentes das políticas econômicas e das desigualdades sociais, das mudanças no perfil epidemiológico, que evidenciam um aumento da prevalência das doenças crônicas, como apontado no quadro apresentado no PMS (2017b) (Quadro 5), potencializado pelos problemas estruturais da sociedade brasileira que configuram a histórica desigualdade social, persistente por meio da colonialidade do poder (ORTIGARA, 2016).

**Quadro 5 –** Percepção dos problemas do Estado de Saúde (Agravos Crônicos), DSCB, Salvador, 2017

| PROBLEMAS **DE SAUDE** |
|---|
| Aumento da gravidez na adolescência no DSCB, a partir de 2016. |
| Aumento da obesidade nos diversos ciclos de vida no DSCB nos últimos 10 anos. |
| Aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no DSCB desde 2011. |
| Aumento de casos de deficiência física em decorrência das causas externas (acidente de trânsito, arma de fogo e arma branca). |
| Aumento de casos de transtornos mentais desde 2015. |
| Aumento do número de casos de violência (domestica, sexual, maus tratos, policial, feminicidio). |
| Aumento do uso abusivo de álcool pela população do DSCB no período de 2015-2017. |
| CA colo uterino e mama em mulheres em idade fértil |
| Doença mental (alcoolismo) com casos críticos de moradores em situação de rua/problemas sociais. |
| Doenças crônicas na população idosa (HAS e DM). |
| Elevado número de pessoas com doença falciforme. |
| Prevalência de carie, doença periodontal, ausência de dente e má oclusão no DSCB. |
| Aumento da incidência de sífilis na população adulta e sífilis congênita |
| Aumento da ocorrência das Arboviroses no DSCB 2016 |
| Aumento da prevalência da TB com redução da porcentagem de cura e contatos examinados |
| Aumento dos casos de TB (demora nos resultados dos exames) |
| Prevalência das DST's/AIDS no DSCB com ênfase em sífilis |

Fonte: Plano Municipal de Saúde (SALVADOR,2017b).

Como descrito no Quadro acima, observa-se uma alta complexidade relacionando os problemas elencados, expressando os desafios que são impostos à proposta de reorganização das ações da atenção básica nesse Distrito Sanitário. A análise desse quadro descritivo qualitativo pode ser complementada pelos dados quantitativos fornecidos no PMS (2017), compilados no quadro abaixo (Quadro 6):

**Quadro 6 –** Incidência de agravos selecionados no DSCB, segundo o PMS 2017

| **Agravos selecionados** | **Incidência anterior** | **Incidência em 2015 (%)** | **Crescimento entre o período considerado e 2015 (%)** |
|---|---|---|---|
| Neoplasias (tumores), por 100 mil hab. | 66,35 (2010) | 78,58 | 18, 43 |
| Doenças do aparelho respiratório, por 100 mil hab. | 44,32 (2010) | 49,38 | 11,41 |
| Incidência de Meningite, por 100 mil hab. | 16,07 (2010) | 59,59 | 170,8 |
| Incidência de Dengue, por 100 mil hab. | 361,0 (2010) | 307,9 | -14,7 |
| Incidência de Esquistossomose, por 100 mil hab. | 0,52 (2010) | 12,3 | 2265 |
| Incidência de Sífilis em Gestante (por 1.000 NV) | 7,8 (2010) | 46,5 | 496,1 |
| Incidência de Sífilis Congênita (por 1.000 NV) | 0,2 (2010) | 2,0 | 900 |
| Incidência de HIV-AIDS em X > 13 anos | 29,7 (2010) | 37,1 | 25 |
| Incidência de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências (coeficiente por 100 mil hab.) | 47,6 (2010) | 87,5 | 83,82 |
| Mortalidade por AIDS (coeficiente de óbitos por 100 mil hab.) | 8,3 (2005) | 37,1 | 346,99 |
| Mortalidade por câncer de mama (coeficiente de óbitos por 100 mil hab.) | 4,49 (2005) | 8,55 | 90,42 |
| Mortalidade por câncer de colo de útero (coeficiente de óbitos por 100 mil hab.) | 1,06 (2005) | 2,61 | 146,23 |

Fonte: elaborada pela autora, com dados retirados do PMS, 2017b.

No quadro acima foram selecionados indicadores relatados no PMS(2017) de agravos importantes no DSCB, com distintas naturezas etiológicas, mas que em conjunto demostram sérios desafios para a saúde coletiva local. A alta incidência e crescimento de agravos crônicos, como neoplasias (neoplasias não identificadas, mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero) e doenças do aparelho respiratório, arboviroses (dengue), doenças infecciosas (meningite), parasitárias (esquistossomose) e violências é alarmante. Como pode ser visualizado no quadro, existe registro de redução nos casos de dengue, porém, ainda assim, sua ocorrência pode ser considerada alta (307, 9/100 mil habitantes) e além disso nesse, como em todos os demais agravos, deve-se considerar a provável ocorrência de subnotificações e notificações incorretas, um problema persistente na saúde pública brasileira. Outras arboviroses (zika, chikungunya) também apresentam recente caráter epidêmico no

municípo de Salvador e no DSCB. Reportagem veiculada no *Correio* alertou para o crescimento de 407% para a zika em Salvador e um aumento de 185% dos casos de chikungunya no Cabula/Beiru em maio de 2020 (AMORIM,2020).

O aumento de casos de esquistossomose, uma doenca parasitária básica, largamente conhecida e tratada no Brasil, demostra o quanto os gestores da saúde pública tem falhado em todas as ações de saúde, seja na atenção básica, na vigilância epidemiológica, educação em saúde e demais macro áreas, sendo simplesmente vergonhoso o seu aumento vergitinoso de cerca de 2265%.

O aumento da ocorrência de sífilis em gestantes (496, 1%), sífilis congênita (900%), infecções por HIV-AIDS (25%) e mortalidade por AIDS (349,66%) demostram, além das falhas no sistema citadas em relação aos demais agravos, o quão longe está de efetivar direitos sexuais e reprodutivos. Não se pode deixar de lembrar o quanto esses indicadores, aqui distanciados das histórias de vida e relatos sobre o cotidiano, atravessam tragicamente a vida das pessoas por trás desses números, atingindo especialmente as mulheres. Além disso, é crescente os casos de violência doméstica e sexual: 83,82%, provavelmente subnotificados.

Também estão disponibilizados no PMS (2017) informações sobre a mortalidade infantil e a Razão de Mortalidade Materna (RMM), indicadores importantes tanto para as condições maternas e infantis quanto para análise da saúde da população em geral.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil apontada no PMS é de 14,2 por 1000 Nascidos Vivos (NV) no DSCB, maior que a taxa brasileira, de 12,8, em 2017, e menor que a taxa para a Bahia de 16,6, em 2017 (IBGE, 2018). Uma breve avaliação das causas da mortalidade infantil na população do DSCB divulgadas no PMS (2017) aponta as doenças infecciosas e parasitárias como responsáveis pelas mortes em crianças menores de um ano, numa proporção maior que os dados apresentados em outros distritos sanitários do município.

A RMM do DSCB, em 2015, foi de 57,68/100.000NV e de Salvador 64,87/100.000NV (PMS, 2017a). No Brasil, estima-se a ocorrência de 62 óbitos por 100.000NVe na Bahia 75,4 óbitos por 100.000NV, segundo é divulgado pela iniciativa “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS” (IPEA,2019). Apesar da RMM do DSCB apresentada pelo PMS(2017) ser a mais baixa entre as consideradas acima (Salvador, Bahia e Brasil), é necessário considerar a provável subnotificação. Constata-se que essa razão de mortalidade materna decorre dos problemas elencados, com destaque para baixa cobertura e baixa qualificação da assistência do programa do acompanhamento pré-natal, indicada também pela altíssima incidência de sífilis em gestantes e sífilis congênita.

Considerando que o objeto desta pesquisa faz interface com a situação de parto no

DSCB, entendo a necessidade de descrever e analisar os indicadores que expressam as reais condições de assistência obstétrica nesse DS.

Outro agravo merece destaque: a recente pandemia de COVID-19. Os estudos indicam que no Brasil, a população negra é a mais impactada pela pandemia e pelos seus desfechos negativos, em razão da maior prevalência das doenças crônicas e da maior vulnerabilidade social e econômica. Emanuelle Goes (2020) afirma que o panorama da pandemia nesta população está associado às condições desiguais decorrentes do racismo estrutural e institucional, que dificulta o acesso aos serviços de saúde e é significativamente maior pela ausência do Estado em seus territórios. A pandemia pelo Covid-19 desnudou as desigualdades sociais no Brasil, principalmente, em todas as regiões consideradas periféricas pelas vulnerabilidades, refletindo a alta incidência desse vírus e suas consequências diretas (alta letalidade, agravo de co-morbidades associadas, necessidade de acompanhamento posterior e efeitos ainda desconhecidos) e indiretas (precarização das relações de emprego e renda, desigualdades de gênero, entre outras) (GOES, 2020).

Diante desse cenário pandêmico, surge a demanda de ações específicas de combate ao racismo e suas complexas consequências para a saúde, tais como politicas de proteção social a ser implementadas para garantir equidade entre as comunidades quilombolas nas favelas e para as populações periféricas. Faz-se necessário que os gestores garantam o acesso ao diagnóstico da Covid-19 através do teste rápido ou pelo teste de reação imunológica (GOES, 2020).

Para o enfrentamento do racismo estrutural na pandemia de COVID-19, Goes (2020) defende maior transparência dos órgãos responsáveis pelos dados da pandemia no país para que sejam incluídos obrigatoriamente os marcadores de raça e etnia nos dados referentes a todo curso da doença, produção e divulgação de dados consolidados para identificação das disparidades raciais, uma vez que a população negra está mais exposta às morbidades elencadas para o grupo de risco, tais como a hipertensão arterial, diabete mellitus, obesidade, tuberculose e câncer. As condições estruturais e cotidianas de vida nas populações vulnerabilizadas dificultam a adoção de medidas preconizadas pela OMS para o controle da propagação desta infecção, tais como higienização das mãos e distanciamento social em virtude da alta densidade demográfica com pessoas vivendo aglomeradas em casas com poucos cômodos (GOES, 2020).

Ademais, Salvador quando comparada com outras capitais brasileiras, apresenta indice de vulnerabilidadae alto, fato que a coloca em desvantagem para o enfrentamento da pandemia, revelando que a capital baiana continua segregada por diferentes condições sociais,

aglomerando os grupos de menor renda em áreas periféricas ou nas fronteiras com municipios circunvizinhos (NATIVIDADE et al, 2020).

As pesquisas sobre a infecção por Covid19 indicam que existe subnotificação nos diversos estados da federação, com maior destaque para os estados do norte e nordeste (MAGNO, 2020). No caso específico de Salvador, os dados obtidos indicam que as condições de vida de grande parte da população vulnerável enfrenta sérias limitações ao distancialmento social e adoção de medidas de higiene recomendadas pelas organizações sanitárias como essenciais para evitar a contaminação pelo vírus (NATIVIDADE et al, 2020).

A análise espacial dos bairros de Salvador no período de 23 de março até 27 de abril de 2020 constatou uma distribuição irregular da adesão às medidas de distanciamento social, apresentando os bairros localizados em áreas privilegiadas, maior adesão, enquanto os bairros periféricos apresentaram menores ocorrências de isolamento social a exemplo do Jardim Santo Inácio, Sussuarana e Arenoso, todos localizados no DSCB (MAGNO,2020).

Dados compilados pelo Observatório de Bairros de Salvador (*observaSSA*,2010?) apontam que 73,29% dos moradores do Cabula se declaram pretos ou pardos[14]. Assim, a situação de saúde dessa população tem dimensão étnico-racial, determinada pela discriminação histórica que lhe foi imposta. Nas últimas décadas, tem crescido os movimentos da sociedade civil para denunciar e revelar o racismo, mediante evidências empíricas dos diferenciais raciais das condições econômicas e demográficas dessa população, representando, portanto vulnerabilidades em relação às condições de vida e saúde.

Diante desse contexto historicamente racializado, surgiu em Salvador um debate proposto pelo Movimento Negro resultando, entre outras coisas, na elaboração do Diagnóstico de Saúde da População Negra, que ganhou destaque por representar um grande avanço para a promoção da saúde dessa população, bem como fortalecer a reivindicação por politicas focais, setoriais e interseccionais para o povo negro (SALVADOR, 2015).

O Movimento Negro surge e é fortalecido na Bahia e em Salvador devido a articulação de grupos da organização da sociedade civil, de blocos afros, da União dos Negros pela Igualdade (Unegro), terreiros de candomblé e grupos artísticos, a exemplo de grupo do movimento hip hop. Do ponto de vista político, a "modernidade" soteropolitana foi forjada a partir da década de 1960 através da hegemonia de grupos políticos que se adaptaram às mudanças do cenário político nacional, mantendo a tradição política estadual e municipal da colonialidade. Foi no contexto de "atualizacao" das desigualdades, que no Brasil teve ares de

[14]Cabula aqui considerado apenas como um dos bairros que compõem a Prefeitura-Bairro Cabula/Beiru ou o DSCB, com cerca de 23.869 habitantes em 2010 (Observatório de Bairros Salvador: observaSSA).

“modernizacao”, após a democratizacao do país, que nascem e se fortalecem movimentos para reivindicar direitos a partir de forças políticas comprometidas com as injustiças sociais impostas a população negra. O debate a respeito da saúde da população negra foi sendo ampliado para outras instâncias da sociedade civil, tendo como objetivo promover ações de sensibilização sobre as condições de saúde da população negra (ARAUJO; TEIXEIRA, 2016).

As morbidades de caráter étnico que mais afetam a população negra são: doenças falciformes, deficiência de 6-glicose-fosfato desidrogenase, hipertensão arterial, doença hipertensiva específica da gestação e diabetes mellitus, incluindo outras decorrentes das condições de vulnerabilidade a qual essa população está exposta, tais como a desnutrição, doenças do trabalho, mortes violentas, mortalidade infantil, sofrimento psíquico, transtornos mentais decorrentes do uso abusivo do álcool e das drogas, doenças infecciosas e parasitárias, bem como as intercorrências da gestação, parto e pós-parto (BRASIL,2007). O II Diagnóstico de Saúde da População Negra do Município de Salvador, publicado em novembro de 2015, acrescentou como problemas que afetam especialmente esta população: Deficiência do sistema de informação em saúde em reconhecer a cor como sendo uma variável importante; Insuficiência na formação de pessoal; Organização inadequada dos serviços; Dificuldade de Acessibilidade aos serviços.

O diagnóstico também apontou racismo e preconceito vinculados às crenças e práticas religiosas de matriz africana no que diz respeito aos cuidados de saúde aplicados nesses espaços religiosos. Embora reconhecendo que a racionalidade médica hegemônica do sistema oficial é contrária a concepções diversas do cuidado, existe uma manifesta recomendação para o diálogo entre visões de mundo distintas no sentido de respeitar as crenças e práticas desenvolvidas no cotidiano das comunidades tradicionais (SALVADOR, 2015).

Esses problemas constituem iniquidades que historicamente demandam ações eficazes, porque tem uma forte relação com o racismo e suas práticas discriminatórias que embora não reconhecidas, afetam diretamente a saúde dessa população expressando o preconceito e a intolerância praticada contra profissionais e usuários negros (BATISTA; WERNECK; LOPES, 2012). Pode juntar ao anterior?

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra implementada desde 2006, pelo MS, destaca as características étnicos-raciais como sendo fatores relevantes para as condições de saúde dessa população, considerando essas ações como enfrentamentos importantes à existência do racismo e a discriminação enquanto determinantes associados ao adoecimento e a morte precoce de homens e mulheres negras. Essa política também oferece

instrumentos importantes para promover a mobilização social e iniciativas necessárias à ampliação das ações de incorporação dessa temática no âmbito do SUS (BATISTA; WERNECK; LOPES,2012).

O território do DSCB tem sido alvo de muitos eventos decorrentes da violência urbana e das catástrofes naturais por deslizamento de encostas, inundações, tratamento inadequado do lixo, ações antrópicas de ocupações de terrenos em topos de morros, áreas de declividade e encostas de córregos, deixando a população suscetível a erosão, assolamento, deslizamentos e inundações. O crescimento vertiginoso desse tipo de ocupação com moradias insalubres tem levado a população a viver em situação de precariedade, desencadeando o aumento das mortalidades, morbidades, doenças infecciosas, parasitárias e virais de caráter epidêmico e violências.

Discorrer sobre a saúde da população do DSCB exige uma compreensão ampliada da concepção da saúde, uma vez que fazer saúde é sobretudo um posicionamento político diante da realidade tal qual ela se apresenta. Nesse território os temas da saúde também tem conexão com as religiões de matriz africana não somente como solução de problemas sociais, mas como fruto de ações concretas de cidadania que nascem do exercício da fé, numa expressão que legitima a resistência de uma população historicamente vulnerável.

Esse cenário gera e fortalece o lugar da relação entre saúde e fé uma vez que a religiosidade carrega em si um patrimônio de respostas às inquietações do cotidiano, do processo saúde-doença, incluindo a cura, enfermidade, desordem, remédios e outras formas de tratamentos que representam uma estrutura protetora dos grupos que vivem em condições de maior vulnerabilidade social (MANDARINO; GOMBERG,2012).

No caso das religiões de matriz africana, o terreiro carrega em si um patrimônio de respostas às várias questões da vida e ao cotidiano que o sistema oficial de saúde não dá conta de atender. Na desordem dos sujeitos as verdades religiosas e as verdades científicas podem se complementar quando o objetivo de ambas for o bem-estar da pessoa e a sua reordenação na vida (MANDARINO; GOMBERG,2012).

Outra ação viabilizada pelo Projeto TBC muito interessante que também representa uma experiência rica e inovadora é a formação e fortalecimento do Coletivo de Arte e Cultura-CULTARTE, um coletivo de artesãs residentes do território do antigo quilombo, que após observarem demandas comuns, se organizaram no mercado produtivo, diante das possibilidades oferecidas pelo projeto, e iniciaram sua caminhada no ano de 2012 no II ETBCES, que ocorreu concomitante a II Mostra de Cultura e Produção Associada ao Turismo e à Economia Solidária, no Campus I da UNEB (SOUZA, 2018).

A experiência acumulada com as ações do Projeto de Extensão TBC Cabula constituiu uma possibilidade de aproximação com as mulheres dessas comunidades que despertaram o interesse em mergulhar mais profundamente nesse território para resgatar os saberes guardados em memória de mulheres que receberam cuidados e atenção de parteiras. Assim nasce o desejo de me aproximar para ouvir histórias, despertar sentimentos e lembranças que irão tecer uma colcha de retalhos com saberes e fazeres que precisam ser valorizados, pois, representam um patrimônio imaterial desses povos.

Nesta trajetória, considero estes compartilhamentos de grande valor acadêmico e afetivo na medida em que, através dessas caminhadas, adentrei, na condição de educadora e enfermeira, nos espaços das comunidades desse território que historicamente resistiu às perseguições advindas dos poderes instituídos.

Dentre as dezenas de relatos que ouvi nos espaços de educação em saúde promovidos pelos projetos anteriormente citados, alguns me marcaram indelevelmente, porque as políticas de saúde que preconizam direitos de saúde reprodutiva,a exemplo da Rede Cegonha[15], são desconhecidas por grande parte da população e não assegurados na maioria dos hospitais e maternidades do país. Ouvi narrativas de mulheres que foram violentadas por crime de racismo nas maternidades, denúncias de gestantes atendidas em trabalho de parto por residentes médicos e liberadas apresentando complicações posteriores, outras que não conseguiram acompanhamento pré-natal por serem domiciliadas em área de risco por tráfico de drogas, e por conta disso foram vítimas de violência verbal por ocasião da admissão para assistência ao parto, bebês que morreram porque as mães não conseguiram atendimento médico em tempo hábil, são narrativas que contam a vida real da população do Cabula.

Essas narrativas corroboram com os dados apresentados no Inquérito Nascer no Brasil (2014), que apresenta uma "elitização da assistência", estando a mulher preta/parda, de classe social D/E, de baixa escolaridade, atendidas no setor público, insatisfeitas com o atendimento ao parto (D´ORSI *et al,* 2014).

Extra muro da UNEB, frequento regularmente as Unidades Básicas de Saúde deste Distrito e o Centro Obstétrico do HGRS, e posso fazer uma conexão entre a atenção básica e a assistência hospitalar, constatando o quanto a falta de conhecimento dos direitos pode comprometer severamente a saúde desta população. Os indicadores que ilustram essas

[15]A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde para a implementação de uma rede de cuidados às mulheres, nesse sentido, a rede garante às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à uma atenção humanizada durante a gravidez, o parto e puerpério. FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

condições apontam para alta razão de mortalidade materna e perinatal; alto índice de prematuridade, alta incidência de violência institucional e outras iniquidades que perduram nessa população desde os tempos do processo escravagista.

Segundo o Inquérito Nascer no Brasil (2014) os óbitos consequentes à gravidez foram considerados como fatalidades, sendo que esses eventos foram sendo entendidos como marcadores do nível de desenvolvimento social por se constituírem, em sua maioria, de mortes precoces que poderiam ser evitadas pelo acesso, em tempo oportuno, a serviços qualificados da saúde.

O meu "lugar de fala" é de quem caminha pelas ruas da Engomadeira para acompanhar acadêmicos de enfermagem, fazendo busca ativa a gestantes faltosas no acompanhamento pré-natal. As condições de moradia são, por vezes, chocantes. É quase impossível questionar essas gestantes sobre os motivos da falta às consultas desse programa. Elas estão mergulhadas em seu mundo de problemas de toda ordem. Falta água, saneamento básico, alimentos, esperança e dignidade nesses domicílios inóspitos, onde predomina a extrema pobreza. São oportunidades para exercitar a compaixão e questionar as desigualdades sociais acentuadas na última década com as políticas neoliberais impostas aos países da América Latina. Segundo Marinho (2016), o neoliberalismo é responsável por agravar a má distribuição de renda, causando efeitos perversos e negativos no cenário social brasileiro, aumentando a pobreza, desencadeando ainda mais violência, discriminação e desigualdade.

As visitas as *paridas*[16]que não amamentam seus bebês também me deixava estarrecida. A falta de apoio de uma rede solidária para amenizar a solidão num dos períodos mais difíceis da vida reprodutiva da mulher – o pós-parto, merece aprofundamento e reflexões a respeito da condição da maternidade para a mulher negra no contexto de vulnerabilidade social das periferias das grandes metrópoles. Para Gutman (2013), o puerpério é uma abertura do espírito onde as necessidades da mãe têm a ver com a contenção afetiva, a aceitação de suas emoções, visto que, nesse período perdem o equilíbrio emocional e vivem em dois aspectos (aspecto adulto e aspecto bebê). A ciência explica, somente a aproximação com essa realidade através do olho no olho é capaz de dimensionar a magnitude do sofrimento que essas mulheres enfrentam durante esse processo puerperal. Neste contexto de solidão e desamparo os problemas de saúde como depressão pós-parto, abandono de crianças, alcoolismo e o uso de drogas só se agravam.

É possível inferir, portanto, que as mulheres dessa comunidade continuam resistindo,

[16] Termo utilizado comumente por parteiras tradicionais, para se referir às puérperas.

porque a ancestralidade deixou marcas de força e coragem, expressadas pela fé, pela dança, e pela arte de construir redes de solidariedade. Quando caminho nas ruas do fim de linha da Mata Escura, onde está situado a Unidade Básica de Saúde (Fotografia 4), observo o jeito singular da convivência do bairro que mais parece uma pracinha de interior, as mulheres nas portas de suas casas ficam em bate-papo com outras vizinhas em gestos espontâneos demonstrando intimidade de comadres que compartilham suas vivências e dificuldades na doce esperança de processar seus problemas.

**Fotografia 12-** UBS de Mata Escura, DSCB

Fonte: GoogleMaps

Clarissa Pinkola Estés, decifra que:

> Dentro da psique de muitas mulheres existe algo que entende intuitivamente que o conceito de "curar" está incluído na palavra "saúde". Quando ferida, ela se torna " cheia de cura"- cheia de recursos de cura-, o que significa que algum filamento vibrante, gerador de vida, no seu espírito e na sua alma se move persistentemente na direção da nova vida, seja na busca de muitos tipos de forças, seja na reconstituição da integridade perdida, seja na criação de um novo tipo de integridade, diferente da que havia antes. Essa força interna é cheia do impulso pelo bem-estar. Ela acredita num fator de salvação que pode resistir e há de resistir à crueldade. (ESTÉS, 2007 p. 42).

As mulheres desenvolvem essa habilidade de compartilhar com as vizinhas e amigas, suas capacidades para minimizar as dificuldades que a vida apresenta sem perder a esperança em dias melhores e a alegria que as coisas simples despertam, como amanhecer num dia de sol e tomar café de pé na porta de casa.

Nas Unidades Básicas desse Distrito Sanitário a dinâmica institucional também carrega a marca de uma população que tem história para contar e sorrisos para distribuir. Na última reunião que participei na UBS de Mata Escura fiquei emocionada com a festa surpresa que as funcionárias organizaram para as acadêmicas que permaneceram naquela Unidade por

quatro meses (de outubro/2019 a fevereiro/2020) realizando estágio do componente curricular Estágio Curricular em Enfermagem Supervisionado I.Esse período foi relevante para construção de laços com a comunidade. As acadêmicas realizaram grupos de gestantes, oficinas e ações educativas para promover ações de incentivo ao parto normal e aleitamento materno numa metodologia lúdica articulando mulheres do bairro com as profissionais de saúde numa perspectiva construtivista de ação de promoção à saúde e controle social.

A avaliação que a equipe e as lideranças fizeram dessa estadia naquela Unidade de Saúde instigou o desejo de permanecer nesse bairro fomentando ações dessa natureza, porque o resultado é positivo e propositivo.

Nessa perspectiva, pretendo continuar mergulhando nas entranhas do Cabula enquanto território único e singular para colher as narrativas de mulheres sobre parto e parteiras com as lembranças detalhadas dos saberes que esse segmento populacional guarda na memória afetiva e deve ser resgatada, registrada e honrada por respeito a tudo que foi construído por esses povos que representam a base histórica e social de uma terra que ainda carece reconhecer e guardar o que o povo tem de mais precioso – a sua história.

Assim, compreendo que resgatar e valorizar esses saberes pode salvaguardar modos singulares do cuidado na gestação, parto e pós-parto, que foram ao longo da história sendo excluidos do campo da assistência, como abordo na seção seguinte.

### 5.2.1 Cenário do Parto no Cabula

Nesta seção descrevo a situação de assistência ao parto no Distrito Sanitário Cabula Beiru - DSCB, a partir de dados obtidos no TABNET, bem como, através de percepções e impressões de quem esteve nessa instituição durante o período de 2003 a 2019 na condição de docente acompanhando acadêmicas nas práticas e estágios do componente curricular Enfermagem na Saúde da Mulher no Parto e Puerpério.

Inicialmente é preciso reconhecer os esforços da equipe da maternidade do HGRS, no sentido de implementar as boas práticas assistenciais baseadas em evidências científicas propostas pela Rede Cegonha (RC) e recomendadas pelas organizações de saúde internacionais e nacionais.

A implantação do Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000) e da PNAISM (BRASIL, 2004a), bem como a implantação do Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004b) representaram avanços importantes para organização da atenção ao pré-natal, parto e nascimento. Através da

Rede Cegonha, a equipe de gestão da maternidade Dulcinéia Moinho, no HGRS, tem se mobilizado para enfrentar os desafios fomentando a gestão participativa e democrática, o alinhamento político-institucional e teórico conceitual das diretrizes para formular, implementar e monitorar as diretrizes da RC.

Vale ressaltar, que o HGRS, constitui um hospital de ensino, cenário de práticas para atividades curriculares de cursos da área da saúde sendo responsável pela formação de profissionais de saúde da rede pública. Nesse contexto, a comunidade acadêmica reconhece a qualidade do campo obstétrico para o processo de aprendizagem, no que diz respeito ao modelo humanista de assistência.

As gestantes do DSCB cadastradas no programa de pré-natal das Unidades Básicas de Saúde são reguladas e vinculadas a maternidade a partir da 30ª semana de gestação. No início do pré-natal a gestante é classificada em gestante de risco habitual ou gestante de alto risco, podendo durante a evolução da gestação, ser reclassificada. As gestantes de risco habitual são veiculadas para receber assistência ao parto na maternidade Tsylla Balbino, localizada no bairro Baixa de Quintas, à cerca de 6km do Cabula, e as gestantes de alto risco são vinculadas a maternidade do HGRS.

No período 2018 a 2020 ocorreram 12.364 nascimentos no DSCB, sendo 3.953 partos no HGRS e 3301 na Maternidade Tsylla Balbino. Os demais partos ocorreram em maternidades fora do DS, a exemplo da Maternidade José Maria de Magalhães (639), ou em instituições privadas como o Hospital Português (622), o Hospital Teresa de Lisieux (1108), e o Hospital Santo Amaro (565) dentre outras (Tabela 1.), ocorrendo 48 partos domiciliares.

**Tabela 1:** Nascimentos por ano no DSCB. 2018-2020

SMS
Secretaria Municipal da Saúde
Prefeitura de Salvador
TABNET - SALVADOR
Subcoordenação de Informações em Saúde

**Nascidos Vivos a partir de 2000**

**Nascimentos por ano do nascimento segundo estabel.CNES Salvador**
**Distrito Sanitario Resid:** Cabula/Beiru
**Período:** 2018-2020

| estabel.CNES Salvador | 2018 | 2019 | 2020 | Total |
|---|---|---|---|---|
| **TOTAL** | **4.716** | **4.317** | **3.255** | **12.288** |
| 0003794 INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA | 321 | 256 | 238 | 815 |
| 0003840 MATERNIDADE ALBERT SABIN | 69 | 101 | 92 | 262 |
| 0003859 HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS | 1.472 | 1.384 | 1.097 | 3.953 |
| 0003972 CENTRO DE PARTO HUMANIZADO JOAO BATISTA CARIBE | 1 | 3 | 3 | 7 |
| 0004081 MATERNIDADE JOAO BATISTA CARIBE | 4 | 0 | 0 | 4 |
| 0004170 MATERNIDADE TSYLLA BALBINO | 1.260 | 1.104 | 937 | 3.301 |
| 0004251 HOSPITAL PORTUGUES | 253 | 253 | 116 | 622 |
| 0004731 MATERNIDADE CLIMERIO DE OLIVEIRA | 47 | 28 | 29 | 104 |
| 0006564 UNIDADE MISTA DR JOSE CARNEIRO DE CAMPOS | 86 | 60 | 44 | 190 |
| 0028568 UNIDADE DE EMERGENCIA DE SAO MARCOS | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 2389746 HOSPITAL ALIANCA | 62 | 62 | 29 | 153 |
| 2470667 HOSPITAL DA SAGRADA FAMILIA | 143 | 98 | 15 | 256 |
| 2802082 HOSPITAL JORGE VALENTE | 107 | 89 | 101 | 297 |
| 3956369 MATERNIDADE PROFESSOR JOSE MARIA DE MAGALHAES NETO | 245 | 215 | 179 | 639 |
| 5407591 HOSPITAL SANTO AMARO | 214 | 223 | 128 | 565 |
| 5616387 HOSPITAL NAVAL DE SALVADOR | 5 | 3 | 3 | 11 |
| 6558143 HOSPITAL TEREZA DE LISIEUX | 426 | 438 | 244 | 1.108 |

Fonte: SMS/SUIS-SINASC

Fonte: TABNET

Nessa distribuição é importante ressaltar situações vivenciadas no campo da prática que merecem registros e indagações. De modo geral as gestantes quando entram em trabalho de parto procuram a maternidade do território, no HGRS. Os motivos alegados por essas mulheres estão centrados em fatores tais como: a localização geográfica, vez que o HGRS está bem localizado no território, em relação aos bairros do DS; a confiança no aparato tecnológico oferecido por se tratar de um hospital de grande porte; o histórico da relação prévia com a instituição, seja por parto anterior, internamento prévio, ou mesmo casos de partos de outras mulheres da família. Assim, a representação social do HGRS para a população do Cabula é muito forte, visto que, a população tem uma relação de prestígio por esta instituição, considerada o segundo maior hospital do Estado da Bahia com várias especialidades. Desde sua inauguração, em 1978, a população desenvolveu o sentimento de pertença, tomando a assistência oferecida pelo HGRS como um direito, por está localizado nas terras de seus antepassados.

Quando as gestantes de risco habitual chegam na maternidade do HGRS, em trabalho de parto, para serem avaliadas, elas expressam medo e tensão de não serem admitidas, pois são vinculadas a maternidade Tsylla Balbino, contudo, ignoram essa informação e se dirigem ao hospital, por acreditarem que lá, serão melhor assistidas. As parturientes mais experientes com o processo de parto, esperam o trabalho de parto evoluir para evitar a transferência para a maternidade Tsylla Balbino, uma vez que as normas do Diretrizes Nacionais de Assistência

ao Parto Normal (BRASIL, 2017) proíbe a transferência da parturiente quando a dilatação está igual ou maior que 7cm. Considerando que o equilíbrio emocional constitui parte fundamental para evolução do Trabalho de Parto (TP) entendemos que a transferência da parturiente contra sua vontade representa uma variável negativa que pode interferir no processo parturitivo.

Estou convencida que uma boa sugestão para reduzir essa problemática seria a implementação de uma Centro do Parto Natural intra-hospitalar para atender as gestantes de risco habitual desse território, agregando as novas determinações do Movimento pela Humanização do Parto (Portaria nº1459, de 24 de Junho de 2011), atendendo a proposta já discutida desde 2011 pela coordenação de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, e já em vigor em vários municípios brasileiros.

É importante destacar também, que cerca de 25% das mulheres residentes no Cabula, receberam assistência obstétrica em instituições privadas, possivelmente, por serem conveniadas à seguros de saúde, a exemplo das maternidades dos hospitais Santo Amaro, Português, Teresa de Lisieux, Jorge Valente, Sagrada Família e Aliança, conforme a tabela 2.

Com relação ao tipo de parto, evidenciou-se que no período de 2018-2020, 50,04% (6178) dos nascimentos no território do Cabula, foram por cesárea. É preciso reconhecer que o fato do HGRS ser referência para gestação de alto risco, indica que as gestantes que procuram assistência já apresentam indicações criteriosas de cesariana. Outro fator que pode justificar essas taxas, são as mulheres assistidas em instituições privadas, por médicos que atuam dentro do modelo tecnocrático, e tem preferências por parto cesariana.

**Tabela 2**. Nascidos vivos segundo Tipo de Parto, 2018-2020

SMS
Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Salvador

TABNET - SALVADOR

Subcoordenação de Informações em Saúde

*Nota Técnica*

**Nascidos Vivos a partir de 2000**

**Nascimentos por ano do nascimento segundo Tipo de Parto**
**Distrito Sanitario Resid:** Cabula/Beiru
**Período:** 2018-2020

| Tipo de Parto | 2018 | 2019 | 2020 | Total |
|---|---|---|---|---|
| **TOTAL** | **4.736** | **4.341** | **3.287** | **12.364** |
| Vaginal | 2.404 | 2.116 | 1.645 | 6.165 |
| Cesário | 2.324 | 2.222 | 1.632 | 6.178 |
| Não informado | 8 | 3 | 10 | 21 |

Fonte: SMS/SUIS-SINASC

Fonte: TABNET

Esse processo se inicia na atenção pré-natal, quando os médicos não informam as mulheres os benefícios do parto vaginal, nem as boas práticas que podem levar a um parto fisiológico e seguro. Essas práticas desencorajam a mulher, levando-as a enxergar na cesariana um procedimento "mais simples, seguro,e indolor". Assim, as mulheres do grupo socioeconômico favorável, são as maiores vítimas da cesariana eletiva, que acarreta riscos para a mãe e especialmente para o RN, por conta de baixo peso, e prematuridade (LEAL *et. al*, 2014). Com relação a taxa de cesárias das mulheres do Cabula, infiro que é atribuída as mulheres que dispõe de seguro saúde, e agendam a cesariana durante o pré-natal por falta de informação, e conveniência de ambas as partes, profissional médico e gestante.

Um dado importante que merece destaque são os partos que ocorreram fora de estabelecimentos de saúde e no domicílio da gestante, um total de 48, no período de 2018-2020 (TABELA 3). Infere-se, portanto, que ainda há Parteiras Tradicionais atuando no território.

**Tabela 3:** Nascimentos por local de ocorrência, 2000-2020

SMS
Secretaria Municipal da Saúde
Prefeitura de Salvador
TABNET - SALVADOR
Subcoordenação de Informações em Saúde

*Nota Técnica*

Nascidos Vivos a partir de 2000

**Nascimentos por ano do nascimento segundo local ocorrência**
**Distrito Sanitario Resid:** Cabula/Beiru
**Período:** 2000-2020

| local ocorrência | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TOTAL | 6.185 | 5.908 | 5.491 | 5.349 | 5.474 | 5.301 | 5.326 | 5.318 | 5.323 | 4.949 | 4.834 | 4.824 | 4.952 | 5.139 | 5.061 | 5.201 | 4.827 | 4.775 | 4.736 | 4.341 | 3.287 | 106.601 |
| Hospital | 6.179 | 5.899 | 5.487 | 5.343 | 5.464 | 5.299 | 5.324 | 5.315 | 5.318 | 4.939 | 4.826 | 4.810 | 4.935 | 5.090 | 5.010 | 5.131 | 4.742 | 4.693 | 4.621 | 4.257 | 3.210 | 105.892 |
| Outro Estab de Saúde | 5 | 9 | 3 | 4 | 2 | 0 | 2 | 3 | 2 | 6 | 1 | 10 | 7 | 34 | 47 | 58 | 66 | 71 | 95 | 60 | 45 | 530 |
| Domicilio | 0 | 0 | 1 | 2 | 6 | 2 | 0 | 0 | 3 | 3 | 5 | 3 | 6 | 7 | 2 | 7 | 14 | 5 | 12 | 14 | 22 | 114 |
| Outros | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 | 8 | 2 | 5 | 5 | 6 | 8 | 10 | 10 | 65 |

Fonte: SMS/SUIS-SINASC

Fonte: TABNET

O debate a respeito do parto domiciliar tem gerado muitos questionamentos na área política, acadêmica e científica. A grande polêmica que envolve esse debate se dar pelo fato dele ser considerado para a medicina contemporânea, um evento de risco, e um retrocesso frente aos avanços tecnológicos, expondo as mulheres a complicações. Contudo, o parto

domiciliar, é legitimado em países como Canadá, Holanda e Austrália, com indicadores epidemiológicos positivos demonstrando que nas gestações de risco habitual, o parto domiciliar planejado não acrescenta risco para mãe e bebê. No Brasil a demanda por parto domiciliar tem aumentado na última década, sob o argumento de garantir protagonismo para a mulher, e uma experiência rica para toda a família (SANFELICE, 2015).

Identifico também, no último ano, um aumento significativo no número de partos domiciliares neste território, podendo estar associado a pandemia do Covid-19 que acometeu a população mundial, acarretando o medo das gestantes em se expor a ambientes hospitalares, se arriscando à infecção.

É preciso ressaltar a relevância da garantia de acesso à assistência, enquanto estratégia efetiva, para assegurar qualidade e segurança para mães e bebês, vez que a peregrinação por um leito para internamento, durante o trabalho de parto, ainda constitui, segundo o Inquérito Nascer no Brasil, um dos fatores que respondem pelos desfechos desfavoráveis do parto.

Assim, os gestores do SUS devem reconhecer as complexidades da assistência obstétrica em contextos de populações vulneráveis por determinantes socioeconômicos e culturais, no sentido de atender os objetivos da Rede Cegonha: Novo modelo de atenção ao parto, nascimento, e à saúde da criança; Rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; Redução da Mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011).

Nesse cenário, a universidade no seu papel extensionista, assume a responsabilidade em promover espaços de Educação em Saúde, articulando acadêmicos, profissionais de saúde e lideranças da sociedade civil, com as mulheres guardiãs dos saberes ancestrais desse território, tecendo redes, e promovendo trocas de saberes, que desencadeiem uma cascata de benefícios, qualificando a formação da enfermeira, o modelo de assistência, melhorando os indicadores materno infantis e valorizando os saberes tradicionais dessa população.

# 6. PARTEJANDO O ENCONTRO COM MEMÓRIAS DE GESTAÇÕES, PARTOS E PARTEIRAS NO CABULA: Metodologia e Narrativas

## 6.1 O percurso Metodológico

> "A caminhada é a mesma de sempre, é aquela de quem vai caçar o que a vida lhe proverá para guardar a tradição." (NICOLIN, 2014, p. 21).

O percurso metodológico foi desenvolvido tomando como referências minha trajetória profissional, descrita detalhadamente no segundo capítulo desta tese, elementos conceituais e teóricos em torno das temáticas de memória, história, narrativas e as próprias dinâmicas apontadas pelo processo do trabalho de campo.

Acerca de minha trajetória e sua influência na metodologia do trabalho, busquei construir espaços de trocas de experiências, em ações dialógicas, criativas e afetivas considerando as singularidades do território do Cabula onde desenvolvi diversas atividades de Educação em Saúde, especialmente, rodas de conversa para trocas de saberes em vivências com mulheres. Contudo, este percurso metodológico exige apresentar algumas definições sobre, além das articulações necessárias para viabilizar a pesquisa no campo.

Assim, a proposta desta tese toma como referência as narrativas de mulheres, aqui representadas como Guardiãs dos saberes de Parteiras Tradicionais daquele território, para tecer o núcleo principal das memórias dos saberes e fazeres dedicados às mulheres na

gestação, parto e pós-parto em um contexto não institucionalizado.

O interesse em ouvir as histórias de parto assistido por parteiras em comunidades tradicionais, direcionado ao Cabula, território quilombola, nasceu da constatação da falta de registros locais do patrimônio imaterial, que representa os saberes e fazeres de parteiras e cuidaram por séculos das mulheres moradoras deste território, principalmente até meados do séc. XIX. A vivência do parto enquanto evento familiar, feminino e comunitário, cercada de rituais de cuidados, simbolismos e sacralidade foi negada às mulheres a partir da institucionalização do parto que, como descreve Michelle Perrot, instaura o silenciamento (1989, p.10): "Deixam bem poucos registros que digam respeito às mulheres, categoria indistinta, destinada ao silêncio". Desses entrelaçamentos – de certa forma perdidos (nos registros oficiais escritos) e de certa forma achados (na história oral) –a memória surge como elemento fundamental para articulação dos sentidos entre o individual e o coletivo (SOUZA, 2007).

Clementino Souza (op.cit.) defende a história oral como um novo paradigma da história, para legitimar a vivência das classes antes excluídas:

> O reconhecimento da legitimidade dessas fontes para a pesquisa em História permitiu que vozes, até então silenciadas pela História tradicional, reivindicassem o direito de falar, o que expôs o fato de que a História é, também, um campo de tensão e disputa. Assim os negros, as mulheres, os índios, os homossexuais vão buscar na indagação do passado, a partir de suas memórias individuais e coletivas, as circunstâncias sociais e culturais que os conformaram no tempo presente e que permitem pensar em projetos para o futuro (SOUZA, 2007, p.63).

Como pontua o autor, a pesquisa constitui uma prática social que deve se revelar ideologicamente em relação aos valores de classe, gênero, raça e religião daquelas ou daqueles que se colocam como seus agenciadores (SOUZA, 2007). Assim, reconstruir a história do parto assistido por parteiras, naquele território busca romper com o silêncio de mulheres que guardam memórias de relevância social para o registro desse patrimônio que resiste à colonialidade do saber e do poder. Nesse contexto, Michelle Perrot (1989, p.15) afirma que: "A memória das mulheres é verbo. Ela está ligada à oralidade das sociedades tradicionais que lhes confiava à missão de narradoras da comunidade aldeã". Embora em menor número que em outros tempos, as parteiras e as mulheres por elas cuidadas estão vivas e também traçam estratégias de sobrevivência que constroem pontes para o futuro.

A partir desses entendimentos iniciais apresento como pressuposto fundamental o caráter dinâmico e processual desta pesquisa e sua relação com o tema aqui proposto para

justificar as escolhas metodológicas da história oral, através da enunciação das narrativas de mulheres, por meio de rodas de conversa e entrevistas como estratégias de acesso para o registro e tessitura de significados interpretativos a partir das memórias de partos e parteiras.

Para nortear a pesquisa proponho a seguinte questão: ***Como mulheres do território do Cabula enunciam em suas narrativas, as vivências de cuidados durante gestação, parto e pós-parto?*** Para responder à questão que norteia esta pesquisa, é relevante responder a outros questionamentos:

1. Quais os saberes sobre os cuidados não institucionalizados, vivenciados na gestação, parto e pós-parto que estão guardados em memórias das mulheres do Cabula?
2. Quem são as agentes de cuidados presentes nas narrativas das mulheres do Cabula? Existem memórias de cuidadoras tradicionais, tais como: parteiras, benzedeiras e raizeiras?
3. Os cuidados enunciados nas narrativas de mulheres do Cabula apresentam um modo de fazer específico, como uma pedagogia do cuidado?

Para o maior detalhamento a respeito da proposta metodológica descrevo no tópico seguinte as abordagens conceituais de história oral, narrativas e memórias, princípios para realização das entrevistas narrativas, princípios que nortearam a análise das narrativas e, finalmente, a organização do trabalhado de campo.

### **6.1.2 –** O TECIDO DA PESQUISA QUALITATIVA: Memórias, Histórias e Narrativas

Para alcançar o tema desta pesquisa, busquei metodologias qualitativas, e através das narrativas orais que contam histórias de vidas e trajetórias pessoais que encontrei caminhos (GONÇALVES; LISBOA, 2007). A escolha da narrativa, deve-se à expectativa de valorizar as entrevistas como estratégia de aproximação com os sujeitos do estudo constituindo um instrumento de compreensão da realidade contemporânea enquanto técnica e metodologias que reúnem um conjunto de procedimentos articulados entre si aspirando obter resultados confiáveis à produção do conhecimento (GONÇALVES; LISBOA, 2007).

Assim, optei pelas narrativas por acreditar que essa estratégia constitui uma ferramenta importante para revelar as memórias de parto e parteiras no território do Cabula, como destaca Souza (2008):

> Garantir o respeito às narrativas, aos percursos de vida-formação e possíveis superações de formas de controle sobre o biógrafo e o biografado ou entre a escrita (auto) biográfica e as disposições de formação são férteis para explicitar contextos, conjunturas sociais, marcas individuais dos homens e mulheres em suas manifestações sobre a vida (SOUZA, 2008, p.40).

A partir da proposição acima, ressalto que é importante nas pesquisas narrativas explorar aspectos da biografia dos sujeitos participantes que pode iniciar ou permear os relatos (dessa inspiração surgiu a ideia de iniciar essa tese com a narrativa biográfica da própria autora).

As pesquisas sobre história de vida lançam mão de terminologias diferentes almejando garantir a autonomia do entrevistado, bem como alcançar fidedignamente suas vivências. Esse mesmo autor descreve que: "Autobiografia, biografia, relato oral, depoimento oral, história de vida, história oral de vida, história oral temática, relato oral de vida e as narrativas de formação são modalidades tipificadas da expressão polissêmica da história oral" (SOUZA, 2007).

Ligia Pereira (1991), defende a história oral na perspectiva sociológica como elemento essencial para obter bases coletivas da subjetividade, inerente aos valores e opiniões presentes nos relatos orais das histórias de vida para compreender a realidade social. Quando o vivido é recuperado, conforme concebido por quem viveu, o método da história oral remete necessariamente aos espaços da memória.

Como instrumento metodológico, a história de vida e a história oral foram reconhecidas a partir do movimento etnometodológico, e dos estudos de Robert Park e colaboradores na Universidade de Chicago durante as décadas de 1920 e 1930, para viabilizar a experiência direta junto aos atores sociais como forma de compreender sua realidade. Ainda nessa linha, a abordagem biográfica narrativa contribui para a compreensão daquilo que é singular nas histórias e memórias institucionais que revelam as práticas individuais inscritas na história (SOUZA, 2007).

Para Rita de Cássia Gonçalves e Teresa Kleba Lisboa (2007), é importante elencar alguns pressupostos epistemológicos da História Oral que delimitam o entendimento dessa metodologia e lhe conferem caráter científico, tais como: primazia e vigilância epistemológica.

Na primazia epistemológica o conhecimento teórico prévio é requisito fundamental para orientar o pesquisador e a problemática da pesquisa deve estar inserida num projeto previamente formulado. As informações sobre o campo a ser pesquisado devem estar

acessíveis e a abordagem de instrumentos e/ou técnicas de pesquisa previamente definidos.

Com relação ao pressuposto da vigilância epistemológica, essas mesmas autoras afirmam que a vigilância é a condição de ruptura que se impõe entre o senso comum e o discurso científico. Durante a prática profissional ou no decorrer do processo de observação em campo, o pesquisador tende a estabelecer uma relação com o seu objeto/tema/problema e, em se tratando de uma relação social, os dados geralmente se apresentam como configurações vivas, singulares e demasiadamente humanas.

Nas entrevistas de história oral aparecem constrangimentos estruturais originados do silêncio e do não dito, que não devem ser considerados como fatores negativos, pois neste método importa incluir estas ocorrências através de reflexões amplas e profundas para desvelar o tema pesquisado (POLLACK, 1989).

A utilização de histórias de vida enquanto metodologia está inserida no campo de pesquisa para revelar sentidos das vivências e aprendizados através das narrativas, abrindo espaços para ler e escrever, ouvir e falar, descortinar vivências e subjetividades que não são lineares, mas tem o tempo da consciência de si, bem como das representações que o sujeito constrói de si mesmo (SOUZA, 2007).

A história oral e as narrativas nesta tese têm como propósito identificar fragmentos de memórias das vivências da gestação, parto e pós-parto de mulheres do território do Cabula que receberam os cuidados em ambiente não institucionalizado, com o propósito de resgatar fragmentos de memórias dos cuidados protagonizados por parteiras tradicionais.

A respeito de fragmentos de memórias, Camila Muylaert *et.al.* (2014) destacam que este fenômeno é seletivo, uma vez que se lembra daquilo que pode e esquece o que não é possível recordar, constituindo as narrativas de representações ou interpretações do mundo que não podem ser julgadas como verdadeiras ou falsas, expressando a verdade a partir de um ponto de vista de um determinado tempo, espaço e contexto sócio histórico. Existe uma relação proximal entre os termos memória e experiência, porque a memória se acumula ao longo dos anos e é processual, controlando a relação de sentidos entre uma experiência passada e presente (FERNANDES, 2003).

As conversões verbais produzidas pela sociedade representam o quadro elementar e ao mesmo tempo estável da memória coletiva e a memória pessoal é também uma memória social, familiar e grupal (BOSI, 2016).

> a memória narrativa (...) marca um olhar sobre si em diferentes tempos e espaços, os quais se articulam com as lembranças e as possibilidades de narrar experiências. (...) A memória é escrita num tempo, um tempo que permite deslocamento sobre as experiências. Tempo e memória que

> possibilitam conexões com as lembranças e os esquecimentos de si, dos lugares, das pessoas, da família, da escola e das dimensões existenciais do sujeito narrador. (SOUZA, 2007, p.63 e 64).

A interpretação de Michelle Perrot (1989) sobre a memória feminina descreve que a longevidade claramente maior das mulheres lhes confere o papel efetivo de testemunha e sobreviventes das épocas passadas para reconstituir a história factual e cotidiana de uma família ou de um bairro, para apreender o vivido de algum acontecimento. Essa autora afirma que os asilos femininos se tornaram campo de pesquisa pelas alegrias e qualidades das interlocutoras que encontram prazer em falar de si como sujeito da história; construindo e reconstruindo a relação do tempo e espaço, onde a existência é seu prolongamento. Assim, cabe às mulheres conservar os rastros das infâncias, a transmissão das histórias de famílias passadas de mãe para filha, bem como folear álbuns de fotografia para acrescentar nome e data fixando identidades já em via de esquecimentos. Essa autora acredita, entretanto, que a narrativa histórica tradicional reservou pouco espaço para a memória de mulheres, porque sempre privilegiou a cena pública e política, onde elas não tinham visibilidade (PERROT, 1989).

Cabe abrir a escuta nesta pesquisa para as vivências de gestação, parto e pós-parto das mulheres do território do Cabula para identificar o conjunto dos cuidados oferecidos para além da institucionalização da assistência, dando visibilidade ao patrimônio imaterial dos cuidados e saberes tradicionais guardados em memória nesse território nos tempos em que o parto constituía um ritual feminino, social e cultural. Para tanto, cabe apresentar a seguir os princípios que norteiam a realização de entrevistas narrativas.

### 6.1.3 Entrevistas narrativas e rodas de conversa: mapeando as vivências reprodutivas entre mulheres do Cabula

A utilização da entrevista narrativa constitui um meio de expressar as opiniões, vivências e memórias dos atores sociais para compreender e interpretar a realidade, bem como as condutas sociais. Esse método também é indispensável para apreender a experiência dos sujeitos da pesquisa e elucidar condutas através do significado que eles conferem as suas ações (POUPART et al. 2008).

Em se tratando de entrevistas narrativas, elas possibilitam descrever as histórias de vida em profundidade, ressignificando as lembranças e memórias das entrevistadas. A

característica singular da narrativa, enquanto ferramenta metodológica, estimula os sujeitos entrevistados a discorrer sobre fragmentos de sua vida e do contexto social (MUYLAERT et al. 2014).

A condução deste tipo de entrevista implica atenção a uma série de aspectos que são imprescindíveis para obtenção das informações e para garantia e validade dos dados. Neste método o planejamento é um requisito importante, uma vez que a clareza do fato social que se busca compreender, representa um elemento fundamental para sua efetividade (AMADO, 2014).

Para elaboração da entrevista narrativa deve-se estruturar a mesma em blocos temáticos constando a formulação do problema, os objetivos que se pretendem alcançar e as questões norteadoras numa ordem lógica sem prescindir de um referencial organizado que favoreça ao máximo de informações com o mínimo de perguntas (AMADO, 2014).

Neste procedimento de coleta também é importante considerar aspectos, tais como: a duração da entrevista, uma vez que os sujeitos da pesquisa serão mulheres idosas, o número de sessões, o lugar onde será realizado a entrevista.

Para efetuar a coleta de dados pretende-se utilizar as entrevistas narrativas, áudio-gravadas, a fim de contribuir com novas possibilidades de interpretação dos fenômenos sociais que serão analisados: memórias dos cuidados na gestação, parto e pós-parto. Para assegurar a fidelidade do discurso do entrevistado, recomenda-se o uso do gravador (AMADO, 2014).

As entrevistas narrativas podem potencializar e capturar circunstâncias as quais o pesquisador almeja investigar, conseguindo alcançar mediações entre experiências e linguagem, estrutura e eventos, memória e ações políticas, porque as narrativas manifestam uma maneira singular da pessoa experienciar o mundo a partir de suas histórias, reconstruindo continuamente significados de si mesmo (MUYLAERT,*et.al*. 2014). Conforme aponta Camila Muylaert *et.al.* (op.cit., p. 194):

> Nesse sentido, a possibilidade de narrar o vivido ou passar ao outro sua experiência de vida, torna a vivência que é finita, infinita. Graças a existência da linguagem a narrativa pode se enraizar no outro. Sendo assim, a narrativa é fundamental para a construção da noção de coletivo. (...). A forma oral de comunicar re-significa o tempo vivido, as coisas da vida, e concomitantemente a ela, emerge o passado histórico das pessoas a partir de suas próprias palavras (...)

A evocação da memória para a transmissão do vivido representa o elo fundamental para os estudos da história oral de vida e neste método, são valorizados os silêncios, os

esquecimentos, as reiterações e a linguagem não verbal, esse grupo de elementos servirá para construir os dados para análise (SOUZA, 2007).

Na pesquisa qualitativa,frequentemente está associada a realização de entrevistas à realização de grupos focais, que consiste basicamente na formação de um grupo de discussão de um tema gerador, a partir de um roteiro previamente estabelecido, mas flexível (semi-estruturado), mediado por um ou mais pesquisadores. É importante destacar, que nesta técnica a ambiência tem grande relevância, uma vez que a privacidade de um ambiente ideal facilita e favorece a expressão dos sentimentos e construções narrativas do grupo envolvido (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Gondim (2003) destaca a importância da clareza dos propósitos para o processo de formação dos grupos focais e para o alcance dos objetivos; alguns elementos estão inter-relacionados, tais como: local previamente acordado com as participantes, número definido de mulheres, roteiro elaborado e a homogeneidade do grupo que está inserido no recorte da pesquisa.

A autora destaca a relevância da atitude do moderador do grupo focal com relação à flexibilidade para permitir que os diálogos fluam e os discursos não sejam polarizados a fim de evitar divergências que limitem as discussões que foram planejadas. “Uma posição de facilitador do processo de discussão, e sua ênfase está nos processos psicossociais que emergem, no jogo de interinfluências da formação de opiniões sobre um determinado tema” (GONDIM, 2003,p.).

Neste projeto a opção pelo desenvolvimento dos grupos focais representou uma estratégia de possibilidade de aproximação com as mulheres que guardam em memória vivências de gestação, parto e pós-parto, na perspectiva dos saberes tradicionais, bem como realização de pré-teste do roteiro utilizado, porém a estratégia foi adaptada para o modelo de “Rodas de Conversa”, mais flexível e utilizado em iniciativas de educação popular em contextos educacionais e de saúde (FIGUEIREDO e QUEIROZ, 2012; MELO e CRUZ, 2014; SAMPAIO et al, 2014). As técnicas de grupos focais e rodas de conversa guardam muitas semelhanças em seus princípios e esse alinhamento tem sido sugerido por alguns autores (MELO e CRUZ, 2014).

As “rodas de conversa” podem ser colocadas como intervenções com metodologia essencialmente participativa e flexível, podendo ser adaptadas a diferentes contextos de acesso à informações, coleta de dados, oficinas de trabalho temáticas e estratégias de mobilização popular. Conforme afirma Juliana Sampaio *et.al* (2014), a “educação em rodas” é uma aposta que afirma os sujeitos enquanto seres engajados no conhecimento reflexivo e na

transformação da realidade, pois pode ser localizada enquanto "(...) uma estratégia política libertadora, que favorece a emancipação humana, política e social de coletivos historicamente excluídos.".

Assim, as autoras localizam a fundamentação das rodas de conversa na pedagogia crítica do educador Paulo Freire. Pode considerar, portanto, que sempre haverá uma dimensão educacional e pedagógica na proposição de rodas de conversa, mesmo que também direcionadas à coleta de dados e narrativas. Inclusive, considerando a pesquisadora proponente como parte do processo, ela mesma passa a também ser sujeito de aprendizagem, sempre realizada na perspectiva de troca. Há uma negociação coletiva de sentidos, promovida pela postura ético-política da dialogicidade e horizontalidade que inclui, consensos e dissensos, diálogos e silêncios, observação e reflexão (MELO e CRUZ, 2014, SAMPAIO et al, 2014).

As rodas de conversa se alinham com as abordagens narrativas em aspectos como a perspectiva dialógica e participativa, a implicação do pesquisador em horizontalidade com os sujeitos produtores de forma autônoma, a não linearidade do tempo e dos discursos (MOURA e LIMA, 2014). Como afirmam as autoras (op.cit., p. 100):

> É assim também com as rodas de conversa, quando utilizadas como instrumento de pesquisa, uma conversa em um ambiente propício para o diálogo, em que todos possam se sentir à vontade para partilhar e escutar, de modo que o falado, o conversado seja relevante para o grupo e suscite, inclusive, a atenção na escuta. Nas rodas de conversa, o diálogo é um momento singular de partilha, porque pressupõe um exercício de escuta e de fala, em que se agregam vários interlocutores, e os momentos de escuta são mais numerosos do que os de fala. As colocações de cada participante são construídas por meio da interação com o outro, seja para complementar, discordar, seja para concordar com a fala imediatamente anterior.

As conversas em uma roda adquirem caráter de partilha e para tanto evocam muito além de capacidades e habilidades cognitivas, envolve as emoções dos agentes envolvidos, seus afetos, posturas éticas diante da diversidade dos posicionamentos, produzindo assim, uma espécie de egrégora, uma "ressonância coletiva". A partilha dos saberes é parte, porém o exercício da escuta do outro e de si é condição *si ne qua non*. Cabe lembrar também que essa "ressonância" ou egrégora é frequentemente atravessada pelas transversalidades e desigualdades raciais/étnicas, de gênero, orientação sexual e classe social (SAMPAIO et al, 2014).

A seguir são trabalhados aspectos em torno da "costura" que permite trazer à tona os sentidos buscados pela pesquisa, no processo de análise das narrativas coletivas (rodas de

conversa) e individuais (entrevistas).

### 6.1.4 O processo de análise nas entrevistas narrativas e rodas de conversa: reconstruindo as narrativas em uma colcha de retalhos

O papel do pesquisador na coleta de fontes para construção do conhecimento não deve estar limitado a tomar dados, pois cabe a ele compreender a complexidade do contexto dos sujeitos da pesquisa a fim de alcançar seus objetivos através da escuta atenta; uma das justificativas da relevância dos relatos decorre do fato desta técnica valorizar os aspectos da historicidade e subjetividade, aqui representada nesta pesquisa por mulheres guardiãs dos saberes dos cuidados durante gestação, parto e pós-parto (SOUZA, 2007).

Para tratar os dados extraídos na pesquisa de campo lançarei mão da análise de conteúdo de narrativa, que representa etapa importante para o tratamento dos resultados obtidos durante a realização das entrevistas.

Uma das autoras mais lembradas e utilizadas em referência à análise de conteúdo é Bardin (1979), que a define como:

> Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p.42).

A análise de conteúdo, portanto, consiste numa técnica de análise que procura organizar o conjunto das categorias para dar significado ao produto obtido nas entrevistas, que podem ser de diferentes tipos (estruturadas, semi estruturadas, narrativas, por exemplo) para descrever de forma objetiva e sistemática, os conteúdos que emergiram da coleta. Constitui uma forma de análise que pode ser adaptada as especificidades do tipo de entrevistas realizadas. O aspecto mais importante da análise das narrativas é o fato dela permitir a representação dos conteúdos e elementos das mensagens de maneira rigorosa e objetiva, por meio da sua codificação e classificação em categorias e subcategorias (AMADO, 2014).

Outro objetivo da análise das narrativas é agregar as unidades do texto (palavras e frases) que aparecem repetidamente para posteriormente inferir uma expressão que possa lhe representar. Trabalha diretamente com a materialidade linguística para realizar a interpretação expressa no conteúdo do texto. Na análise de conteúdo, busca-se identificar nos textos, as

significações que o codificador aponta através dos indicadores que se interligam (CAREGNATO; MUTTI, 2006) por meio das chamadas “categorias”. A construção de categorias é baseada na revisão de literatura bem como no material resultante do trabalho de campo (MUYLAERT et al, 2014).

Antes do procedimento de categorização é importante criar o sistema de elaboração, baseado no quadro teórico formulado a partir de revisão bibliográfica. Com a finalidade de que o pesquisador esteja teoricamente preparado para elaborar o sistema de categorias combinando os dados obtidos com a literatura revisada. Constitui objetivo deste método, organizar as informações num conjunto de mensagens que traduzam as ideias chaves obtidas na pesquisa. Posteriormente, pode-se criar um código para cada uma destas categorias. A partir da codificação das categorias será possível analisar o conteúdo e elaborar o texto final que vai representar os dados produzidos pela pesquisa. (AMADO, 2014).

Na perspectiva da análise de entrevistas narrativas, Camila Muylaert *et.al*. (2014) afirmam que suas definições ainda apresentam desafios para os pesquisadores, que podem fazer diferentes percursos. Entretanto, na esteira de uma abertura interpretativa e hermenêutica, como dito, sem pretensões de esgotamento mas “realizar uma análise no sentido de abrir os sentidos”, um caminho comum para a análise de narrativas pode ser apresentado a partir dos passos seguintes:

- Transcrição;
- Separação do material indexado (conteúdo “científico”, isto é, mais diretamente relacionado aos temas e categorias investigadas) do não indexado (conteúdo mais flutuante e subjetivo);
- Ordenação dos acontecimentos para visualização das trajetórias;
- Investigação de dimensões não indexadas;
- Agrupamentos e comparações entre trajetórias individuais;
- Comparação e identificação de semelhanças entre os casos individuais e as trajetórias coletivas.

Seguindo os passos acima descritos, pode-se caminhar nos fluxos textuais, narrados e transformados em transcrições, para em seguida produzir reduções graduais do texto, adensamentos entre os sentidos produzidos e generalizações entre trajetórias individuais e coletivas, acessando a partir das narrativas significados, muito mais do que encaixa-las nas teorias pré-existentes (MUYLAERT et al, 2014).

Assim, tomei como referência para análise dos dados, os conteúdos que foram

extraídos nas rodas de conversa e nas entrevistas narrativas a mesma lógica que apliquei durante todas as etapas desta pesquisa – o rigor e o compromisso ético com as mulheres que teceram em colcha de retalhos, os fragmentos de memória dos saberes sobre gestação, parto e pós-parto das populações do Cabula.

Para melhor compreender e analisar as narrativas obtidas no trabalho de campo, fez-se necessário classificar os conteúdos de acordo com o que a literatura apontou. Assim, a partir das memórias narradas, foi necessário integrá-las aos conteúdos teóricos, para posteriormente organizá-las nas categorias:

- Institucionalização do parto;
- Cuidado;
- Modelos Assistênciais;

### 6.1.5 Organização e processos vivenciados durante o Trabalho de Campo

O território do Cabula constitui o local de escolha desta pesquisa, onde construí nos últimos 18 anos, uma trajetória profissional de Educação em Saúde a partir do vínculo profissional com a UNEB, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão, como já descrito nos capítulos um e dois.

É muito importante salientar que todo o trabalho realizado de planejamento do campo foi bruscamente interrompido pela Pandemia do COVID-19. O planejamento havia considerado a consulta prévia de oito lideranças comunitárias e de casas de culto de matriz africana, representantes de seis bairros que compõem o DSCB. Além disso, a metodologia mediadora das rodas de conversa seria o "Balaio de Memórias", descrito em artigo publicado por mim e colaboradoras (GALVÃO et al, 2016). Entretanto, essa metodologia se tornou de inviável realização, por prescindir da presença física.

Para realização da seleção das participantes da pesquisa adotei como critério as parcerias construídas ao longo do tempo que desenvolvi ações extensionistas no território do Cabula.

Considero importante destacar que as articulações realizadas com as Associações e terreiros do território foram mediadas por parceiros de trabalho e relações de amizade construídas ao longo do tempo, respeitando as instituições e coletividades que são espaços de resistência cultural e religiosa em resposta à colonialidade do saber que lhes foi imposta durante os séculos. O processo de colonização utilizou de todos os métodos para fragilizar e desqualificar os valores e saberes da população africano-brasileira, e assim, é importante

reconhecer o lugar da resistência enquanto estratégia fundamental para a preservação dessa ancestralidade dos povos do Cabula.

Por conta da singularidade do tema desta pesquisa optei por formar inicialmente dois grupos de quatro mulheres convidadas a participar das rodas de conversa, com o objetivo de promover um espaço de fala mais intimista, vez que esse fenômeno (o parto) suscita memórias afetivas, familiares e culturais demandando um período de tempo maior para elaboração dos diálogos. Os critérios adotados para a inclusão foram: idade (acima de 60 anos); mulheres que tivessem gestado e parido nas décadas de 1960 a 1980; que tivessem interesse em participar da roda de conversa.

Foram realizadas duas rodas de conversa, a primeira ocorreu em outubro de 2019, organizada pela liderança comunitária do grupo *Saúde é Vida*, no bairro Mata Escura. O encontro com as mulheres se deu no espaço da Paróquia Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, onde me apresentei ao grupo, apresentei um resumo dos objetivos do trabalho e as ouvi, no mesmo local. O grupo era composto por seis mulheres, que tinham entre 65 e 81 anos e trouxeram suas memórias de parto em suas narrativas. A segunda roda de conversa ocorreu em novembro de 2019, na Associação de moradores da Estrada das Barreiras, no conjunto ACM, organizada por uma liderança local. Foi composto por qautro mulheres, com idades entre 69-82 anos, que pariram no Cabula, e também tinham memórias de parto e parteiras em suas narrativas.

Havia a possibilidade de realização de grupos focais em mais quatro bairros (Arenoso, Pernambués, Beiru/Tancredo Neves, São Gonçalo), e as articulações já estavam sendo feitas com as lideranças locais. Contudo, por incompatibilidade de agendas, as lideranças sugeriram que os grupos fossem agendados a partir do mês de março, quando fomos acometidos pela pandemia do COVID-19, o que impossibilitou a realização dos mesmos.

A impressões obtidas a partir das rodas de conversa revelam sentimento de saudosismo pelo Cabula “de antes”, por parte das guardiãs, vez que elas evocam memórias de um tempo onde havia fartura de frutas, quintais, criação de animais, silêncio no bairro, e uma rede ancorada na solidariedade, amizade, segurança e afeto. As memórias do parto remeteram as guardiãs a momentos de prazer, alegria e bem-estar. Constatei que nessa geração o parto não era um evento associado ao medo.

Para iniciar o processo do trabalho de campo foi necessário lançar mão das rodas de conversa para viabilizar e sistematizar a forma de aproximação com as mulheres que fizeram parte da pesquisa, para posteriormente aplicar as entrevistas narrativas.

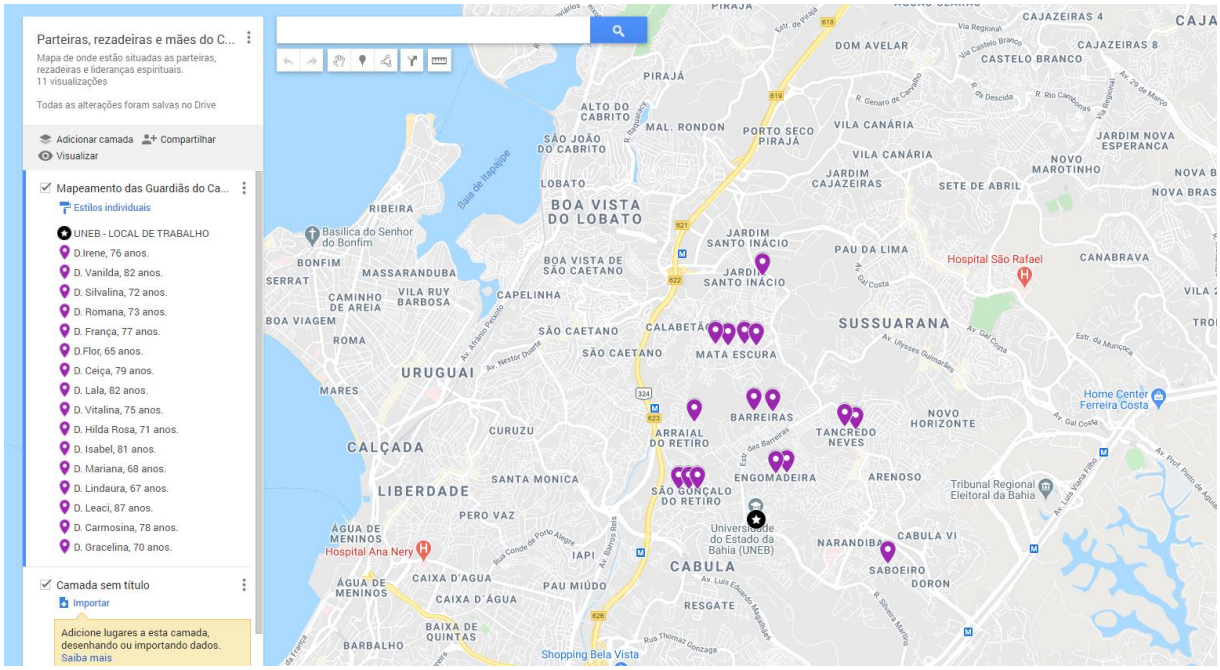
Considerando que a pandemia nos exigiu isolamento social, no período de março a

agosto não foi possível dar continuidade a implementação das rodas de conversa, sendo necessário a reprogramação das estratégias de coleta em campo, para entrevistas individuais em domicílio, com todos os protocolos das normas de segurança determinadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Foram realizadas 10 entrevistas narrativas, com mulheres mais velhas representativas, moradoras do território, que tinham propriedade com a temática (rezadeiras, lideranças, Iyalorixás), mediadas por lideranças locais, que se dispuseram a me receber mesmo em tempo de pandemia.

Assim, aponto a distribuição territorial das guardiãs dos saberes tradicionais, incluidas na pesquisa (Mapa 1).

**Mapa 1**: Distribuição geográfica das guardiãs dos saberes tradicionais




Fonte: Google Maps

Com o objetivo de preservar a identidade das guardiãs da memória, optei por utilizar nomes de *Parteiras Tradicionais*, com as quais compartilhei vivências durante minha trajetória. A seguir apresento o quadro que sistematiza informações básicas das participantes da pesquisa.

**Quadro 7** – Participantes da Pesquisa

| **Nome fictício** | **Idade** | **Bairro** | **Número de filhos** | **Tipo de participação** | **Local da roda /entrevista** | **Caracterís tica** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D. Lala | 82 | Mata Escura | **7** | Roda de conversa | Paróquia Nossa Senhora do Perpétuo Socorro | “a alegre” |
| D. França | 77 | R. direta da Mata Escura | 8 | Roda de conversa | Paróquia Nossa Senhora do Perpétuo Socorro | “a miúda” |
| D.Flor | 65 | Saboeiro | 4 | Roda de conversa | Paróquia Nossa Senhora do Perpétuo Socorro | “a introspectiva” |
| D. Ceiça | 79 | Mata Escura | 7 | Roda de conversa | Paróquia Nossa Senhora do Perpétuo Socorro | “a tímida” |
| D. Vitalina | 75 | Engomadeira | 4 | Roda de conversa | Conj. ACM | “a mística” |
| D. Isabel | 81 | Engomadeira | 5 | Roda de conversa | Conj. ACM | “a resiliente” |
| D. Mariana | 68 | São Gonçalo | 4 | Roda de conversa | Conj. ACM | “a contadora de história” |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D. Lindaura | 67 | São Gonçalo | 3 | Roda de conversa | Conj. ACM | “a despachada” |
| D. Carmosina | 78 | Barreiras | 8 | Roda de conversa | Conj. ACM | “filha de santo” |
| D. Leaci | 87 | Barreiras | 10 | Roda de conversa | Conj. ACM | “benzedeira” |
| D. Romana | 73 | Mata Escura | 3 | Entrevista narrativa | UBS Mata Escura | “evangélica” |
| D. Gracelina | 70 | Beirú | 2 | Entrevista narrativa | Residência | “iyalorixá” |
| D. Silvalina | 75 | Santo Inácio | 3 | Entrevista narrativa | Residência | “aposentada” |
| D.Irene | 76 | Arraial do Retiro | 5 | Entrevista narrativa | Residência | “rezadeira” |
| D. Vanilda | 82 | Tancredo Neves | 7 | Entrevista narrativa | Residência | “doceira” |
| D. Hilda Rosa | 71 | São Gonçalo | 4 | Entrevista narrativa | Terreiro Sutão das Matas | “iyalorixá” |

Assim, dou continuidade ao processo de parir esta tese, que jamais fará jus à realidade dos momentos partilhados nas rodas de conversa e entrevistas narrativas, descrevendo os significados apreendidos a partir das narrativas, no tópico seguinte.

## 6.2 Memórias, saberes e narrativas

O interesse em pesquisar memórias de partos e parteiras no Cabula nasce da necessidade de salvaguardar saberes tradicionais e ancestrais que podem revelar os modos de cuidar de parteiras que atuaram nesse território, com mais força, até aproximadamente a década de 1970. A proposta, como construída nos capítulos anteriores detalhadamente, foi de ouvir mulheres mais velhas que representam fonte importante das tradições do cuidado, onde o saber está guardado em memória e é comunicado por meio da oralidade. Escutar essas *guardiãs* contarem suas histórias de parto e parteiras é, também, uma estratégia para preservar esses saberes ancestrais.

Os “mais velhos” nas culturas tradicionais, manifestações populares e ofícios são os guardiões do futuro que, atuando no presente, se fazem guardadores dos saberes empíricos passados de geração em geração. Sua atuação, em grande medida, é unir os tempos, conectando passado, presente e futuro em uma teia que constrói sentidos e faz conexões com o contexto daquilo que foi revelado. Como nos apresenta Éclea Bosi (2016), o tempo da memória é um tempo social, que desencadeia modos e lembranças de um tempo que embora não seja linear, traduz a história viva e do contexto vivenciado.

As memórias individuais também são coletivas porque quando uma mulher lembra da sua história, ela traz outras histórias "subterrâneas", outras pessoas e personagens que marcaram a sua trajetória de vida e histórias da sua comunidade. Quando pertencemos a um determinado grupo social, a memória se dá como seletiva e (re)construída em um fundamento comum. Assim, a categoria de "memória coletiva" trazida por Maurice Halbwachs (1990) tem o efeito de recordação e localização das lembranças que são analisadas levando em consideração todos os contextos sociais dos indivíduos. Essas memórias deixam de ter uma dimensão individual, saindo da história "micro" para história "macro".

Para o autor (op.cit.), as memórias de um sujeito nunca são apenas suas, nenhuma lembrança coexiste isolada de um grupo social. A partir dessa compreensão, o objetivo dessa sessão é reconstruir as memórias individuais e coletivas sobre gestações, partos e parteiras, a fim de compartilhar parte de seu legado ancestral e, finalmente, refletir sobre a importância desses saberes para a formação contemporânea em enfermagem. A seguir, apresento as narrativas das mulheres ouvidas na pesquisa e as discussões oriundas de seus relatos divididos nas sessões intituladas: Redes de solidariedade, cuidado e gênero; Tempos e processos do parto; Narrativas sobre parteiras; Entre folhas, saberes e espiritualidade; Institucionalização e medicalização do parto.

### 6.2.1 Redes de solidariedade, cuidado e gênero

Antes de tecer considerações mais gerais sobre as narrativas que tive contato, gostaria de trazer a forte e impactante narrativa de Dona Gracinha:

> Eu tenho 64 anos, mas eu não tenho nada de sabedoria, entendeu? A depender do que você me perguntar eu vou respondendo, certo? Porque são coisas assim, de muitos anos e às vezes a gente não se lembra de tudo né?! Mas as coisas tão tudo na minha mente aqui. Eu não casei, fui nascida e criada nas Barreiras (Cabula). Agora as Barrera não tá prestando. Porque tem muita gente, mas vai chegando, vai nascendo gente, vai chegando gente, né isso? Mas isso aqui não era nada, isso aqui era um caminhozinho do interior dos piores, um caminhozinho de barro, de terra, essas casas que você tá vendo aí?! Era tudo mato, de fora a fora, pitangueira de um lado a outro. Tinha poucas casa aqui, a de minha mãe que morava com meu avô, uma casa de taipa, era coberta de palha, não tinha água, não tinha luz, passava boiada todo dia… Eêhhhhhhhh Boi! Aqui tinha a fonte de dona Nem, fonte daqui que era nossa, Terreiro [nome retirado], tinha a fonte de dona Deija, tinha a fonte de seu Nezinho. A gente pegava água pra beber, tomar banho e deixar em casa. Tinha uma parteira aqui, dona Jardilina, ela pegou a filha da minha tia, Laura, minha mãe teve onze filhos todos ela pariu em casa. As parteira ia lá pegava o bebê e ficava lá... Mas tinha parteira, não tinha hospital, não

> tinha água, não tinha luz, não tinha nada, tinha parteira. Minha mãe, minha tia, Dona Maria, Dona Epifânia tudo pariram com parteira. Agora, Dona Epifania também pegava bebê, era parteira também, aqui era pouca gente, mas os que tinha aqui que engravidaram e tiveram bebê, foi pegado pelas mãos delas, entendeu? Pela mão delas. Eu pari, no Santa Isabel, já foi totalmente diferente. Minha avó rezava, era espinhela caída, dor de cabeça, olhado, dente caído, derrame, minha avó rezava uma dor de cabeça que a senhora poderia dizer: "Não vou ter mais dor de cabeça". O nome dela era Augusta, rezava tudo. Minha religião é católica, mas eu tô dentro do candomblé desde os doze anos , fiz santo com doze anos, meu orixá é Oxalá, Tempo e Iansã. Misericórdia minha mãe. Então eu tenho muita fé neles, muita fé neles, porque se eu não tivesse fé, eu não estaria viva. Qualquer coisinha que fosse comprar a gente dava uma palhetada, como daqui até a entrada do Arraial, porque a gente morava lá em baixo, que tinha o armazém de seu Lalau, onde hoje tem o Bom Preço, era ali a vendinha dele, e essa venda vendia de tudo. Minha mãe mascava fumo mas minha avó, pegava uma canceira de fumo, botava na boca, mascava e jogava aquela cusparada preta fora. Eu digo, misericórdia! A gente quando era pequena, ficava olhando né? Quando ela pegava aquela capona de fumo. Quando foi um dia, ela mandou eu ir comprar fumo, lá em Lalau, já era de tardinha, umas três horas por aí assim. Eu falei, hoje eu vou saber que gosto tem esse fumo, eu vou comer esse fumo, agora eu vinha cuspino, né?! Eu cuspi umas duas vezes mais o resto eu vinha mastigando engolindo, ai não vi mais nada, fiquei bêba, aí pelas pitangueira, caí dentro do mato, quem me achou foi um rapaz, que já morreu há muitos anos. Eu era tão grande que eles me carregaram com o fumo na boca e me botaram lá [em casa]. Quando eu acordei, tomei-lhe uma surra, mas eu apanhei tanto bêba, ainda tava bêba, mas apanhei. " - Quem mandou você mascar fumo? Isso é pra você não mascar mais fumo na sua vida!", era dose minha filha. (D. Gracinha 64 anos.)

Logo no início de nosso encontro, quando me apresentei para Dona Gracinha como professora da UNEB para explicitar os objetivos da pesquisa, ela abriu um sorriso e perguntou: "Por que vocês querem falar comigo? Não tenho nada de sabedoria". Ao final da sua narrativa eu discordei dela afirmando categoricamente que ela derramou muita sabedoria e muito amor sofre toda sua experiência de vida como mulher negra, resiliente e filha de santo.Ouvir as histórias de Dona Gracinha também me ajudaram a compreender o mergulho profundo que Janice Nicolin (2014) fez do território riqueza cultural do povo *Cabuleiro*.

O olhar desta *guardiã* trazendo as memórias do seu parto e das parteiras também me permitiu mergulhar nas belezas e nas tristezas de um passado que não vai tão longe assim, porque Dona Gracinha também conta de um Cabula contemporâneo. Suas vivências começam e continuam num contexto de dor e de alegria daquelas mulheres que sabem fazer alquimia em tudo que a vida lhe oferece.

Dona Gracinha mora num quartinho de 3 metros quadrados dentro do Terreiro, na condição de herdeira do fundador desse espaço litúrgico. Seu quartinho foi transformado em um lar colorido e recheado de bonecas que apanha no lixo e reforma com fitas, rendas e

afetos. Ela discorre generosamente sobre como foi difícil chegar até aqui, o momento presente, de como sobreviveu à morte de seu primeiro e único amor (assassinado apartando uma briga de bar), de como conseguiu criar sua filha trabalhando nas casas de família e tendo que entregar sua menina para outras mulheres cuidarem, de como conseguiu sobreviver a todas as violências que lhe foram impostas, desde a sua infância quando tomou uma surra da mãe, até quando teve que retornar a viver no terreiro porque não conseguiu sobreviver lá fora, sobre a crueldade dos proprietários das casas alugadas, quando era convidada por esses proprietários onde alugava a se retirar porque descobriam que ela era do candomblé. Tecendo sua história de sobrevivência, ela expressa sentimento de vencedora, de guerreira mas também de uma mulher negra marcada pelas incongruências da colonialidade, que a marca com cicatrizes que o tempo tenta apagar, mas que Dona Gracinha não dá conta de esquecer.

Essa narrativa me leva aos estudos de Bell Hooks (1994) que faz uma análise profunda da situação de crianças negras que não recebem afeto dos pais porque para os negros, o amor era considerado como um luxo. Para essa população descendente de pessoas escravizadas, a luta pela sobrevivência era mais importante do que o amor. Os pais de sua geração só pensavam em enfrentar as condições difíceis da vida, geralmente passavam a impressão de que o afeto é uma perda de tempo, um sentimento ou um ato que os impedia de lidar com coisas mais importantes.

Assim, para essa autora, somente as pessoas mais velhas – os avós e bisavós, padrinhos e madrinhas – pareciam dedicadas à arte e ao ato de amar as crianças. Os mais velhos sabiam do valor do afeto para as crianças e por isso aceitavam, cuidavam bem das crianças, dedicavam atenção e principalmente, aconselhavam a viver com prazer e felicidade. As avós eram carinhosas e demonstravam esse sentimento pelo toque e pelo carinho. A autora em seu texto *Vivendo de Amor*, narra uma história, onde a personagem questiona seus pais com na seguinte indagação:

> "Alguém já brincou com a gente?" Mais uma vez, Eva responde como se a pergunta fosse totalmente ridícula: Brincar? Ninguém brincava em 1895. Só porque agora as coisas são fáceis, você acha que sempre foram assim? Em 1895 não era nada fácil. Era muito duro. Os negros morriam como moscas... Cê acha que eu ia ficar brincando com crianças? O que é que iam pensar de mim?" (2010, s/p.).

Essa indagação me responde sobre as sessenta e quatro bonecas que Dona Gracinha guarda em seu quartinho, repleto da sua infância negada. E assim, a colonialidade do poder foi negando e subtraindo as infâncias de crianças negras e segue produzindo violências

materiais e simbólicas a exemplo da tragédia ocorrida no Cabula[17], caso da violência e racismo institucionalizado pelo Estado através da polícia, quando exterminou doze adolescentes negros em 06 de fevereiro de 2015, bem próximo ao Terreiro onde mora Dona Gracinha.

Assim, ouvir as narrativas de Dona Gracinha me transporto para um Cabula de antes repleto de pitangueiras, de rios, riachos e amigos que a resgataram "bêbada", pela ingestão do fumo, no afã de uma criança curiosa e solitária quando foi buscar na venda de Sr. Lalau o alívio para o sofrimento de sua mãe e de sua avó, que também reproduzem com sua filha ainda criança, a violência sentida em seu cotidiano de mulheres negras.

São contextos, situações e personagens que estão em tempos e espaços (simbólicos) que apresentam continuidades e transformações, em múltiplos sentidos. Se outrora as pessoas negras escravizadas fizeram do Cabula um chão quilombola, ainda hoje os coletivos negros se constituem como espaços de quilombismo (NASCIMENTO, 2002), pois é no espaço de um Terreiro no qual, mesmo pequeno, Dona Gracinha encontra um interstício para manifestar sua individualidade, subjetividade, como forma de expressar sua história. Sua coleção de bonecas ricamente ornadas nos conta de uma mulher negra que é capaz de criar a cada nova boneca uma leitura de si e do mundo, evocando a vida, mesmo dentro de um contexto em que o direito de existir com dignidade foi constantemente negado. É uma história que poderia ficar fechada em um quarto mas que, ao permitir que venha à luz, é capaz de provocar inúmeros aprendizados aos ouvintes: desde o contexto sócio histórico do povo cabuleiro, às dinâmicas de raça e gênero em um território negro brasileiro, os conflitos geracionais, a convivência com limitações materiais e afetivas, lado a lado com a riqueza dos possíveis usos dos recursos naturais e heranças espirituais. É a partir desse panorama impactante que começo, então, a apresentar de forma mais minuciosa as narrativas colhidas.

Neste tópico, apresento parte das narrativas que descrevem os cuidados dedicados às mulheres durante a gestação e o parto. Os relatos apontam que as parteiras cuidavam das mulheres em uma perspectiva solidária, construindo redes e lançando mão de seus saberes empíricos sobre ervas e rezas, considerando a mulher integralmente, em seu contexto social, cultural e familiar e também em relação ao ambiente que lhes cercava.

As narrativas das *guardiãs* indicam que asparteiras do Cabula construíram redes de apoio produzindo um resultado terapêutico condizente com suas necessidades reais, tecido no respeito e solidariedade entre outras habilidades interpessoais. A comunicação na ação de

[17] Matéria dispnivel em: https://www.justificando.com/2019/02/11/caso-cabula-faz-quatro-anos/

cuidado das parteiras alimenta o sentido de cuidado e solidariedade feminina, reforçando o sentido de resistência da ação. Além disso, o apoio social também reforça a auto-estima e a confiança, contribuindo para que as mulheres tenham maior controle das situações e enfrentem melhor as adversidades cotidianas (BORGES, PINHO E GUILHEN, 2007). Conforme nos conta Dona Silvalina:

> Eu nunca tive coragem de pegar menino não, mas se eu ver uma mulher gritando com dor de parir eu corro pra acudir, né não? (D. Silvalina, 75).

A narrativa acima, reflete a solidariedade feminina, sobretudo em situações especiais, a exemplo do parto. A maior parte das pesquisas sobre a habilidade de "pegar menino" e de partejar, situa as mulheres implicadas na ocupação (ofício de parteira) mobilizadas pela necessidade de acudir outras mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade socioeconômica e que não dispõe do amparo do Estado, na maioria das vezes sendo socorridas e amparadas por vizinhas, amigas e familiares nos tempos de outrora e, mesmo, atuais (RAMOS, 2013; JUCÁ e MOULIN, 2002).

Também aprendi em minha trajetória com parteiras tradicionais (descritas no capítulo um desta tese) que a habilidade de partejar é um saber transmitido oralmente de geração para geração e na, maioria das vezes, ocorre no núcleo familiar onde uma filha, uma neta ou uma sobrinha "herda" de uma mulher mais velha o compromisso e responsabilidade de continuar cuidando de outras mulheres para honrar a tradição. Vejamos como narra Dona Lala, o contexto de um de seus partos, a seguir.

> Tô me lembrando aqui do parto de Juraci, o último, que foi o mais ligeiro e mais engraçado. Eu tinha ido buscar lenha no mato, lá pras bandas do "Beru" quando deu aquela dor de barriga fina. Ai corri pra dentro dos matos, mas quando abaixei vi que a dor era seca, não tinha nada só dor. Aí larguei os pau lá e vortei pra casa, num pulo só, corria e suava frio, corri até avistar as casas da rua, porque não era rua ainda mas tinha umas casinha perto do final da roça. Cheguei em casa e acendi o fogo, os paus só tinha uns três, e botei uma chaleira de água pra esquentar. Os meninos tava tudo no tempo, num tinha ninguém em casa, só os bicho. A dor esquentou e eu danei a gritar o marido, no mundo de meu Deus, e as cumade... nada de ninguém ouvi. Aí eu pensei, "misericórdia! Vou despachar aqui sozinha" depois de uns bons gritos chegou a vizinha do lado, dona Valdeci "O que foi?", e eu já tava acuada num canto, suando, acho que o menino se apressou, era pra o mês que vem. Ela saiu correndo e gritando: "cumade Ceição vai parir quem chama dona Ceci?" Dá tempo não cumade, ela mora do outro lado do Beru. Em pouco tempo a casa encheu de gente, e disseram lá que foram buscar a parteira (...). Quando as mulé chegaram no barraco já foi cuidando de pegar as prantas no quintal, lavar a bacia e juntar os pano do menino, e eu só fazia olhar aquela confusão de gente. Quando a casa incheu a dor diminuiu um pouquinho e eu

> corri pra rede. De lá eu via tudo na rua, o movimento do povo pra baixo e pra cima procurando meu marido. Passou bem uma hora e a dor vortou com tudo, ai veio com tudo, apertando e queimando, e as água descendo e molhando a rede toda, a água era bem quente. Quando passou umas duas hora chega o vizinho com a parteira, só que não era dona Ceci minha parteira, era outra que eu não conhecia, chamava de dona Arquimedes. O vizinho disse que era lá das bandas de São Gonçalo. Ela chegou e pediu pra eu ir lá no quarto com ela. Me levaram pra lá, ela olhou a barriga, pegou no menino, ajeitou tudo e disse pra mim pode descansar ai que o menino não demora não. Vou lá na cozinha pegar uma agua e pronto. As vizinhas ajudou ela a me banhar e ela começou a apertar minha barriga com uma banha verde, ajeitou um banquinho pra eu sentar, e nada do home chegar. Isso já tava prá la de 2 da tarde. E ai o menino apertava, apertava, empurrava e nada. Comecei a dar uns grito e ela falou pra eu calar a boca. Ai eu num gostei. Continuei a gritar e com um grito bem alto eu gritei o nome do home "Vadir, cadê tu home?". Ele gritou do lado de lá "Tô aqui, manda a parteira deixar eu entrar". Bastou o home gritar de lá o menino mexeu na barriga, desceu e deu um escurregão, e deu um grito que até a parteira tomou choque "oxe... que minino é esse". Foi aquela gritaria na cozinha quando o menino chorou e ai saíram tudo pra lá e fiquei sozinha no quarto com a dona Quimedes. O menino era destamanhinho (distância as mãos para mostrar o tamanho do neném), pequeninho, acho que era do tamanho de meu gato. Me alevantei pra segurar o menino no peito e a dona do corpo já desceu junto, foi tudo ligeiro. Acho que é por isso que esse menino até hoje é meio apressado. (D. Lala, 82)

Portanto, as redes de solidariedade, estão presentes nas narrativas das *guardiãs* e indicam que foram se desenvolvendo entre as parteiras que cuidaram das mulheres no território do Cabula. A comunicação do apoio social dedicado às mulheres, reforça sua autoestima e confiança, contribuindo para o fortalecimento dos vínculos, como nos conta abaixo Dona Silvalina.

> Minha avó era parteira, raizeira e benzedeira fazia de tudo um pouco e pegava na enxada também, mas eu puxei a minha mãe, nunca tive coragem de pegar o menino, mesmo assim eu tive sete, cinco foi minha vó que pegou um foi no Roberto e a caçula no Tsylla. Os que nasceram em casa com minha vó, quem cortava o cordão era uma vizinha, Lalinha, que era aprendiz da minha avó... Quando minha mãe, minha vó e minhas irmã tava viva, vinha tudo pá perto da gente quando a gente paria, e quem fazia a comida era era minha mãe porque minha avó não gostava de cozinha. (...) Pois era desse jeito que eu te contei, vó me ensinou a curar umbigo de menino e ela dizia que quem fazia isso milhor era eu. Eu tratava com óleo de amêndoa doce, chá de espinheira santa e a faxinhas bem apertadinha, bem quentinha, não pode dar banho de 7 dias.
> (D. Silvalina, 75)

As relações de solidariedade e vínculos também parecem ocorrer como forma de resistência, diante das situações de violência enfrentadas no contexto da colonialidade. Assim,

na narrativa de dona D. Vanilda, a seguir, é possível identificar fragmentos de relações de gênero, levando a inferir que as parteiras precisavam de atitude severa diante daquele contexto social determinado por aspectos do modelo patriarcal. Parece que dona Cicinha precisava ser muito firme, remetendo ao sentimento de confiança que as mulheres tinham na figura da parteira.

> Dona Cicinha, tinha um marido valente que não gostava dela ser parteira, ela era baixinha, gordinha e tinhosa. Cicinha era uma boa parteira, mas não dava moleza não, era só chegar e começava o retetê. Ela sabia dizer direitinho onde tava o menino, bastava pegar na barriga. (D. Vanilda, 82)

No decorrer das narrativas das guardiãs, percebi que algumas parteiras não se reconheciam como praticantes desse ofício pois entendiam que o ato de partejar, estava ancorado numa rede de solidariedade e não vista como um ofício ou ocupação específica.

> Meus fio nasceu tudo aqui, porque aqui perto tinha uma rezadeira, Dona Vilma, que me ajudava pegar os menino, mas ela não era parteira não, só pegava mesmo pra me acudir. Quando eu ficava cheia, ela começava a dizer logo: “esse aí tu vai parir na baixa de quinta (Tsylla)”. “Tá certo, Dona Vilma …”. O tempo passava, a barriga inchava … e, quando chegava na hora H, cadê a coragem de ir pra baixa de quinta? Aí começava o retetê e aí corri daqui, corri de lá e dona Vilma vinha ajudar. Só o último, Arnaldo, que nasceu em 1985, que eu corri pro Roberto [HGRS] porque eu já tava *véa* pra parir em casa... Naqueles tempo aqui era bom um sempre ajudava o outro nas horas do aperto." (D. Silvalina, 75)

Essas narrativas, resgatam a memória do cuidado como uma ação de solidariedade e é nesse lugar social que as mulheres se fazem mais presentes. O cuidado é uma habilidade socialmente construída. Elas expressam o desejo de solidarizar-se com as outras mulheres**,** e muitas aprenderam a assistir partos para ajudar parentas, comadres e vizinhas. Mesmo em situações de intercorrências e desfechos preocupantes, como conta Dona Carmosina, esses cuidados se faziam essenciais:

> A casa tava cheia de gente querendo ajudar a parteira… Mas eu não queria ver ninguém. A menina nasceu com um bola roxa na cabeça, falei: “Tira daqui porque é doente…”. Quando a parteira viu, ela fez uma rolha na cabeça e enrolou com chá de erva cidreira, amarrou direitinho e no outro dia melhorou. (D. Carmosina, 78 anos)

Os cuidados das parteiras no campo da saúde foram valorizados pela sociedade até meados dos século XX, quando a medicina adentrou o campo da assistência ao parto passando a desvalorizar esses saberes (PALHARINI, 2018). Nessa perspectiva, o cuidado na cena do parto foi transferido para instituições hospitalares transformando-se num ato mecânico e

rotineiro. O reconhecimento social da parteira enquanto agente de cuidado inserida em sua comunidade e no domicílio da mulher desapareceu no hospital porque este está associado ao tratamento médico e a figura masculina. Logo, o cuidado enquanto dispositivo, se torna parte de um conjunto de tarefas secundárias, embora inerentes aotratamento (EHRENREICH E ENGLISH, 1973).

As narrativas indicam que as parteiras do Cabula desempenharam cuidados baseados na ação político-pedagógica e nas suas habilidades e conhecimentos, fortalecendo as virtudes humanas oriundas do sentimento de solidariedade enquanto princípio ético, alcançando um poder multiplicador necessário para o desenvolvimento da humanidade/sociedade. A narrativa de Dona Hilda, a seguir, nos mostra como o cuidado prestado por mulheres inseridas no contexto de comunidades tradicionais pode ser altamente complexo, uma vez que considera as pessoas em sua integralidade, envolvendo o corpo, aspectos psíquicos, sociais e espirituais.

> Eu tenho muita fé nos guias, agora você sabe que, hoje, eu não quis ser parteira porque é uma coisa que a gente tem que se dedicar só aquilo ali. Eu não posso me dedicar a uma parteira, a fia de santo… Não posso. Quando chega aqui, que vem me pedir, eu faço, eu pego e faço massagem, faço banho, mando tomar banho, compro uma bacia, se não tiver eu compro e dou banho de mentrasto, quiôiô, pego a capeba, faço aquele banho, mando dar, se tiver muito "coisa", muito inflamado, no início eu pego a capeba em três semana e mando passar um óleo de amêndoa ali direitinho que aí ó... Vai desinflamando, faço chá de desinflamar, entendeu?! E vou dando, faço chá de mentrasto pra movimentar a criança, faço chá de laranja da terra pra dormir... Deixar a criança em paz. E quando querem ficar aqui em casa?! Nesses banco duro, aí eu digo: "Gente, aqui não tem cama, não". "Oh minha mãe ,deixa eu ficar aqui... Oh meu Deus, o que é que eu faço?!" Pego os pano, passo, aqui viu? Graças a Deus. Mas eu não gosto. Gosto da profissão, acho lindo, mas fiquei com medo porque meus guias são muito assim, sabe? Eu fiquei com uma, já tem essa parte espiritual da cabeça, então fico só com a cabeça, rezo muito, rezo muito, entendeu?! E a vida é muito bonita, agora eu acho minha vida profissional bonita. Eu fiz magistério e não fui pra sala porque não deixaram [os orixás]. Então, tô no magistério de qualquer jeito. Tô no magistério, queria fazer psicologia, tô na psicologia, que eu sei conversar com gente, eu sei conversar com certo tipo de pessoas, que tá numa atribulação, que não sabe de onde veio, você pode ajudar. Então psicologia é uma coisa que tá no ser humano, é você saber entender, psicólogo é você saber entender o ser humano, dentro daquilo que ele precisa, entendeu?! Se ele precisa, você olha no olho do ser humano. O maior psicólogo é aquele que lhe olhar assim oh, olho no olho. Quando ele olha, você... você sente, você baixa ou você vira, ou você coisa, ou você encara, então você tá pedindo a ele: "me descubra o quê que eu sou, me descubra o que é que eu tenho!". Então, não sou psicóloga?! Eu tenho uma irmã, a mãe do Rodrigo, tá fazendo psicologia… Gosto muito da minha profissão, amo minha casa, oh minha casinha , isso ali cê tá vendo aquilo ali?! é lembrança do que eu tenho, do que eu tenho da casa da minha mãe de santo, da minha primeira avó de santo. (Hilda, 71 anos)

Dona Hilda, responsável por um terreiro em São Gonçalo do Retiro, se intitula como *zeladora de Orixás*, me fazendo vislumbrar a riqueza de meu material empírico para me exigir a qualidade de uma boa ouvinte, tão rara em tempos contemporâneos, uma vez que o gravador não consegue registrar as sutilezas das vivências que foram tecidas na existência dessa ialorixá que sabe dar sentido a sua trajetória com uma expressão corporal manifestada em gestos elegantes, em fala cautelosa, majestosa e serena.

Nos estudos de Nicolin (2014) encontrei essa denominação identitária, "*zeladora de Orixás"*, que fundamenta essa representação, como herança de reconhecimento do povo *Cabuleiro*, que guarda em memória ancestral, os códigos de valores culturais com seus princípios éticos-estéticos. As recordações dessa guardiã são permeadas pela fé e cultura e à medida que ela vai fiando e tecendo as etapas de sua vida, vai também adentrando espaços ricos em mistérios e simbolismos, que teve início em um terreiro em Cachoeira, onde foi "feita" quando tinha cinco anos, passando na adolescência um período difícil, na qual foi internada em um Convento por sua mãe para lhe "proteger" dos *orixás*, em retaliação ao povo do terreiro que não reconheceu a devida passagem de cargo na hierarquia do terreiro para a mesma, rompendo assim com a relação familiar na família "de santo".

Ao longo dos séculos a mulher ocupou o lugar de cuidadora sob o argumento de vocação que lhe foi atribuída pela sociedade patriarcal. Que permanecem preservados em memória das *guardiãs* desses saberes. Essa narrativa expressa com muita potência o lugar histórico social que foi construído para as mulheres enquanto cuidadoras de famílias, crianças, idosos e sobretudo dos processos do parto, do nascimento, do adoecimento e da morte. Às mulheres foi imposto a responsabilidade de cumprir normas criadas e identificadas como inerentes à natureza feminina.

No senso comum, existe a naturalização da mulher como cuidadora, seja no lugar de esposa, companheira, filha, mãe, avó, Iyalorixá, entre outras, o ato de cuidar para preservar o direito à vida. As funções femininas são assimiladas como inerentes ao gênero, elemento constitutivo das relações sociais que são construídas através das diferenças entre os sexos para dar significado às relações de poder, configurando-se no modelo padrão da família mononuclear constituída pela mãe, pai e filhos, baseada na identidade de gênero em um ambiente onde as crianças aprendem a ser homens e mulheres. Nesse contexto social, as mulheres foram responsabilizadas pela harmonia e pelo suprimento das necessidades afetivas através do ato de cuidar (DAROS E GUEDES, 2009).

A construção do cuidado no âmbito doméstico é inerente à esfera privada como se a sociabilidade humana fosse dividida em esferas diferentes sendo uma restrita à intimidade e a

outra a esfera pública a exemplo da ação política. Os estudos de Faria e Nobre (1997) afirmam que a divisão entre a esfera pública e privada é produto do capitalismo que restringiu o lugar da mulher no âmbito doméstico, responsável pelo o cuidado e sobretudo pelos aspectos subjetivos, enquanto para esfera pública foi atribuído como espaço dos homens, de poder, da liberdade e do direito.

O elemento fundante do cuidado aplica outras relações de si para consigo e para com o outro, para favorecer os dispositivos biopolíticos de controle individual e coletivo (RAGO, 2013) Contudo, como Margareth Rago (op.cit.) identifica que os protocolos institucionais empobrecem as experiências de relações sociais construídas na ética, no respeito e na empatia, abrindo precedentes para os mecanismos de hierarquização e exclusão dos conhecimentos empíricos e tradicionais.

Nessa perspectiva, as mulheres desenvolvem a habilidade da gênese do ser humano revelando o cuidado como uma ação naturalizada como sendo uma atribuição do campo feminino como forma vocacional. Contudo, o cuidado humano tem um sentido ontológico com características, humana, da moral, do afeto e da ação terapêutica (Bison et al., 2013). Nesse sentido, apesar de podermos considerar esse cuidado como uma imposição histórica às mulheres, é possível, como mostra a narrativa de Dona Hilda, que muitas mulheres consigam subverter essa imposição em uma práxis revolucionária, como uma revolução que se faz aos poucos, caso a caso, nas miudezas cotidianas.

Na narrativa de dona Hilda, o cuidado manifesta-se pelos sentimentos da empatia e da dedicação, revelada através da sua relação com a responsabilidade espiritual. As narrativas de dona Hilda, portanto, demonstram que seus cuidados, dedicados às mulheres, constituem parte importante do que lhe proporciona o redimensionamento dos sentidos da existência.

A narrativa de dona Hilda também remete ao cuidado integral, baseado no modelo holístico definido por Robbie Davis-Floyd, trabalhado no capítulo XX, como aquele que engloba todas as dimensões humanas, físicas, emocionais e espirituais. Uma vez que dona Hilda descreve o cuidado em vários aspectos, desde a massagem na barriga da gestante até o olhar dentro dos olhos para ajudar a mulher a se “conectar”.

A assistência que é oferecida às parturientes no modelo biomédico está impregnada de valores associados à teoria mecanicista, desenvolvida pela ciência moderna a partir da comparação do corpo humano a uma máquina. Essa ideia desencadeou um modelo assistencial que reduz as necessidades da mulher aos seus aspectos físicos, direcionando o cuidado para as alterações uterinas e negligenciando os aspectos sociais, emocionais e espirituais da mulher.

Esse modelo pode ser compreendido como consequência e semelhança da sociedade ocidental globalizada, orientada pela ciência, pela tecnologia, pelo lucro econômico, e pelas instituições que controlam o corpo feminino representando fielmente a medicalização da sociedade e consequentemente da assistência ao parto. Nessa mesma direção, Diniz afirma que na medicina predomina a tecnologia que contribuiu para construção cultural das técnicas e dos procedimentos em saúde (CARNEIRO, 2015; DAVIS-FLOYD, 2009; DINIZ, 1996).

A medida que ela vai mergulhando em suas vivências de cuidado e fé, vai se apropriando de espaços ricos em mistérios e simbolismos como expresso no trecho que conta do nascimento de seu sobrinho Thiago, com riqueza de detalhes e de sentimentos. Pontuando o tempo como coisas de antigamente que vem traduzidas nas falas carregadas de significados a serem desvelados.

*As guardiãs* reconhecem a vida humana como fruto do cuidado atribuído por *Divindade*, enquanto no processo pedagógico formal o aprendizado do cuidado ocorre através do conjunto de técnicas padronizadas.

Na tradição, o cuidado é aprendido através da oralidade no âmbito familiar, assim a essência do cuidado para essas *guardiãs* constitui sinônimo de sabedoria. Esse modo de cuidar das parteiras representa um complemento popular, participativo e eficaz.

> (...) [as grávidas] Elas me procura pra rezar, tem gente mesmo que vem aqui pra se rezar porque tava com aquela doença que quando tá grávida a criança sai com a doença… Zika. Essa mulher quando me vê eu sou uma "deus" pra essa mulher porque ela disse que eu salvei ela, botei boa! E a criança nasceu em paz, tudo em paz. Eu rezei ela, que ela tava com esse negoço da zica, chegou aqui mal e eu rezei, passei um banho nela, passei uns banho de folha pra coceira, uns caroço uns negoço que tem aí… Ficou boa comigo ela, aí teve neném não teve nada, o neném nem nada, aí pronto ave maria, ela vinha até se rezar essa semana passada mas acho que teve alguma coisa que num pode vim, ligou pra mim pra cá pra ele ser rezado, eu disse venha. Mas quando nasceu eu cuidei, fiz a reza e faço banho de folha… (D.Irene, 76)

O " eu cuidei" da *guardiã* revela a essência da ocupação desenvolvida por uma rede de mulheres tecida por familiares, amigos e vizinhos para amparar as mulheres durante esse processo de parturição.

### **6.2.2** Tempos e processos do parto

Neste tópico apresento as narrativas sobre "os tempos" aos quais o processo de parto

está atrelado, uma vez que a duração da evolução do trabalho de parto é variável porque ao contrário do que preconiza os compêndios médicos da obstetrícia, não é possível determinar o tempo "certo" para abertura e formação do canal de parto quando compreendemos que a fisiologia do trabalho de parto depende de variáveis orgânicas, ambientais, sociais, emocionais, culturais e espirituais. Assim, o "tempo" do parto também está inserido em uma rede de tessituras simbólicas:

> Quando escutei Ceição contar o parto dela eu me lembrei de mim. Tudo diferente de tu, eu demorava três, quatro dias incomodada e as parteira ficava tudo zangada porque eu não paria logo e elas tinha que voltar na minha casa pra cuidar de mim e ver o menino. Da primeira vez, quando nasceu Ana Rita (atualmente com 49 anos) o marido chamou as três parteiras que a gente conhecia, cada uma dizia uma coisa. Me dava tanto chá e tanto remédio que eu chegava a dormir e acordar e nada de despachar. O segundo foi um pouco mais ligeiro porque só durou três dias e duas noites. Mas o menino nasceu todo amassado e todo roxinho. Mas a parteira ajudou demais, empurrou a barriga, me colocou de cabeça pra baixo e me deu chá de algodão a noite toda. Eu num me lembro de muita coisa mas do que vem na cabeça é só o jeito delas rezar e banhar a gente na bacia com folha de algodão. Mas ela era boa, porque era minha mãe que mandava ela vim e era minha mãe que acertava as conta com ela, porque elas era amiga do babado, do terreiro. Eu demorava três ou quatro dias incomodada, e a parteira ficava muito zangada, porque eu não paria logo e ela tinha que voltar na minha casa pra cuidar de mim e ver o menino, a primeira vez foi minha menina. Ana, que já tem 50 anos. (Dona França, 77)

Assim, o tempo da evolução do trabalho de parto não é linear, varia de mulher para mulher, de acordo com a sua natureza, suas condições emocionais, do ambiente onde ocorre, dos profissionais que acompanham, do tamanho do feto, dos fatores metabólicos, a exemplo do coquetel de hormônios que é produzido quando existe harmonia nessas variáveis. Assim, o tempo da evolução não pode ser medido na perspectiva apenas das contrações. É preciso considerar uma série de fatores que podem contribuir nesse processo (na "evolução do trabalho de parto", no jargão profissional da área), proporcionando bem estar para a mãe e para o feto.

A narrativa de dona França descreve com naturalidade sobre a duração do trabalho de parto em três ou quatro dias o que, nos meios profissionais médico e de enfermagem, dificilmente seria aceito ou ocorreria sem intervenções medicamentosas e/ou cirúrgicas.

Quando a parturiente se sente tranquila e segura com o agente de cuidados que lhe acompanha, seja parteira, médico ou enfermeira, e principalmente se o feto estiver em boas condições de vitalidade, o tempo não representa uma variável determinante. No campo da subjetividade, é importante reconhecer que aqui o tempo deve ser compreendido como tão somente um dos muitos elementos que devem ser avaliados por quem acompanha o parto.

> Tô me lembrando aqui do parto de Juracy, meu filho caçula, porque foi tão ligeiro que foi engraçado. Nascido de 8 meses. Eu tinha ido buscar lenha no mato lá pras bandas do Beiru quando deu aquela dor fina no pé da barriga, corri pra dentro dos mato, me abaixei, aí que eu vi que a dor é seca, não saia nada só vinha dor, larguei os pau lá mermo, e vortei correndo pra casa num pulo só. (Dona Lala, 82).

A narrativa de Dona Lala indica um trabalho de parto espontâneo prematuro com contrações fortes de uma gestante multípara (5 filhos), quando geralmente a evolução do trabalho de parto ocorre de uma forma rápida e abrupta em especial quando se trata de um parto prematuro. Dona Lala também expressa diferentes formas de classificar a dor das contrações – "dor fina no pé da barriga", "dor seca" – que são apresentadas juntamente com elementos do seu cotidiano: "tinha ido buscar lenha no mato" e de um modo de viver que caracterizada um tempo diferente do atual, no qual o Beiru ainda estava permeado de matas e roças. Entretanto, também ocorriam situações que o cuidado institucionalizado se fazia necessário, como aponta a narrativa de Dona Isabel:

> Meu parto foi tão demorado que a parteira comadre " Mariquinha" queria me levar para o hospital, chamou o vizinho do armazém e quando ele chegou cochichou com a parteira, e aí ele saiu e voltou com o remédio amargo que foi batata, eu bebi e comecei a vomitar. Vomitei tanto que desmaiei. Quando voltei o menino tava lá na cama, com a cabeça cheia d'água, a parteira se juntou com o vizinho e levaram na Climério, para o doutor tirar a aguada da cabeça dele, eu fui vivendo pra aprender O que a gente tem que passar, ninguém passa no lugar da gente. Porque esse menino nasceu doente, foi muita luta mais valeu a pena porque hoje ele tem saúde e é meu melhor fio. (Dona Isabel , 81).

Essa narrativa expressa também o compromisso da parteira tradicional que assumiu a responsabilidade de levar o bebê para uma avaliação clínica na maternidade Climério de Oliveira, fortalecida pela solidariedade do vizinho do armazém que contribuiu com o remédio amargo para "resolver" o parto. A narrativa de Dona Isabel, acima, e de Dona Vitalina, abaixo mostram como os tempos do parto também manifestam diferente dinâmicas fisiológicas e simbólicas, que acionam diferentes redes de saberes, cuidadoras, cuidadores e institucionalidades, caso a caso:

> E quando o menino vinha sentado ela dava massagem na barriga da mãe até o menino se ajeitar lá dentro. Ela até inventava uma reza, pro menino nascer direito. Parteira sem fé não resolve é nada, na hora que o bicho aperta o que resolve é a fé da parteira e da mulher. (D. Vitalina, 75)

Atualmente existe um grande debate sobre o tempo do parto porque o movimento em favor da humanização da assistência, reivindica um tempo mais natural para um parto sem intervenções médicas e farmacológicas e com o tempo de espera de acordo tempo fisiológico e psíquico de cada mulher de forma respeitosa e individualizada (CARNEIRO, 2015). Nesta perspectiva, o parto assistido por *Parteiras Tradicionais* pode manifestar reinvindicações inscritas no movimento de mulheres a favor do protagonismo da parturiente nesse processo, em consonância com as recomendações da OMS através das chamadas "boas práticas da assistência". No modelo biomédico, o tempo de espera é um tempo pré estabelecido pelos diagramas, partogramas e ponteiros dos relógios, que limitam cada fase desse processo (latente, dilatação e expulsivo) numa contagem matemática que não contribui para sua boa evolução, por condizer com uma média geral, que não deveria ser aplicada para todas as mulheres. Nesse dilema, os tempos dos partos seriam aqueles que despersonificam, que igualam e que padronizam e empobrecem essa experiência de parir naturalmente (CARNEIRO, 2015).

Nos modelos humanista e holístico da assistência ao parto, profissionais e parteiras tendem a associar o fenômeno do parto com a individualidade de cada mulher e cada parto, os ciclos da natureza, contribuindo para o respeito ao tempo da espera do nascimento, em geral, sem interferir ou estabelecer limites rígidos, aguardando o processo de cada mulher. Entretanto os limites entre os diferentes modelos são muito fluidos e mesmo dentro de um contexto mais tendencioso ao holístico ou humanista, podem se manifestar posturas interventivas ou modos de agir distantes de um modelo ideal romantizado. É o que pode ser visto na narrativa de Dona Carmosina, que conta de uma parteira "braba":

> Meu segundo parto foi Ceiça, (Conceição) porque dona Maria tava na roça do terreiro, pras bandas do São Gonçalo. No segundo, a parteira foi mais braba, ela botou um remédio no canal e começou a queimar e arder… a parteira me dava muito chá e massagem. Ela era paciente, mas queria que eu fizesse força direito Os últimos foi ligeiro mas os primeiros foi muito difícil, eu levava 3 e até 4 dia com dor… eu corria de um lado pro outro, do quintal pro mato, mas o menino só nascia depois de curtir 3 dias de dor. De manhã eu já acabada e o menino não descia, aí dona Maria mandou chamar o rezador Sr. Josué, o homem veio e começou a rezar e sambar, me deram logo um copo de garrafada, eu bebi tudo e dormi… Quando acordei as dor tava pegando fogo. A primeira foi Dione, a menina nasceu com 4 quilos e meio, Dona Maria parteira do Tancredo, chegou a noite e eu já tava com dor desde de manhã, e nada, ela foi pra casa, só voltou de madrugada. Ela chegou e começou a rezar e me dar banho de assento com folha de algodão queimado no fogo. No meu primeiro parto eu tinha 18 anos, 1960. Eu não gosto de lembrar dos partos porque me dá muita tristeza lembrar daquele sofrimento

> todo. Eu tive meus meninos tudo com parteira. Foi 8 partos e 3 parteiras, porque os dois últimos eu pari sozinha. (D. Carmosina, 78 anos)

Na narrativa de dona Carmosina (acima) e de dona Flor (a seguir) é possível identificar a influência de práticas oficiais, institucionalizadas e médicas, mesmo no contexto das *Parteiras Tradicionais,* que também modificaram suas práticas a partir do contato com um contexto urbano cada vez mais medicalizado. Na história das parteiras discutida anteriormente, vimos também como muitas vezes foram impelidas, por múltiplas razoes, a participar de cursos de formação executados por profissionais dentro de um modelo biomédico.

> Esses casos de parteira eu só sei porque eu ouço contar, porque meus filho nasceu tudo naquela maternidade, 3 em Nazaré (Climério) e uma na Tysila, e quem fazia os parto eram as enfermeiras, não era os doutor não, e tinha muita dor porque elas botavam um remédio dentro do soro que aumentava[18] a dor. (D. Flor, 65)

Dona Leaci, traz uma narrativa muito interessante, que demonstra como as narrativas sobre partos assistidos com parteiras não podem ser analisadas a partir de um crivo da adequação biomédica de seus conhecimentos, embora manifestem por vezes conhecimentos avançados de como agir diante de situações de urgência e emergência:

> Para eu contar meus partos eu preciso puxar pela memória. Meu caçula tem 62 anos e antes dele eu tive 9, morreu 3 pequeno e fiquei com 6. E destes só tá vivo 4 porque 2 Deus levou. Meus partos foi tudo ligeiro e tudo fácil. Ah não, o antes do caçula, que morreu com 3 meses de sarampo, foi um parto diferente, esse varou a noite e o dia todo e só nasceu na 2ª noite, mas foi porque o menino veio sentado. Os outros, tudo foi ligeiro e com dor de cólica. Minha parteira era dona Maria, ela pegou 6 mas depois ela foi embora para o interior com os filhos para Alagoinhas, e eu pari com outra que meu marido arrumô, Dona Ceição. Pra mim, as parteira era tudo boa e educada. Eu acho que teve um desses, ah o terceiro que foi Afonso que eu tive hemorragia e a parteira botou eu com as pernas pra cima e botou um peso na minha barriga. dois quilos de feijão, e me deu um chá de barbatimão pra beber e ficou na minha casa até de manhã com medo do sangue voltar. Eu me lembro que as parteira era tudo amiga da gente e cuidava direitinho dessa hora difícil. (D. Leaci, 87)

O que Dona Leaci descreve é uma situação de hemorragia, no qual a parteira interviu a partir da mudança de posição da mulher e do uso de um peso mecânico, ambas iniciativas que favorecem a contratilidade uterina e também são utilizadas em contexto profissional e institucional.

[18] Pituitrina, ocitocina para aumentar as contrações

A importância do ofício da parteira fica evidente quando as *guardiãs* deixam claro em suas narrativas a relação construída na comunidade, referindo serem muito conhecidas e procuradas pelas pessoas como referência para outros assuntos, além do parto. A arte de partejar está vinculada intimamente ao cuidado atribuído ao feminino e que pressupõe uma série de virtudes associadas à abnegação em função do outro, em detrimento de suas próprias necessidades individuais. Contudo, existe uma invisibilidade desse saber/fazer do ocupação feminina, na medida em que o cuidado está atrelado ao espaço privado, doméstico e às obrigações morais das mulheres.

### 6.2.3 Narrativas sobre parteiras

Neste tópico, recolho alguns fragmentos narrativos sobre os modos de cuidar das *Parteiras Tradicionais* relatados pelas guardiãs, envolvendo aspectos corporais, psíquicos, e espirituais e representados por ações de observação, escuta, ação, manipulação e práticas como chás, banhos de assento, banhos de folhas, entre outras.

> Quando Dos Anjo, começou ajudar as mulher da vila ela era nova, acho que tinha uns 30 anos, começou ajudando a família, a sobrinha. Ela dizia que quando chegava na casa da mulher ia logo ajeitar a barriga, porque arrumar o menino antes de nascer o parto é mais ligeiro, ela só não gostava quando menino tava sentado dava mais trabalho e tinha risco… Dos Anjo era daquelas parteiras que não tinha medo de contar sua história de vida e de seus partos de sua vida de parteira. Ela gostava de chamar os marido pra ajudar, ela era diferente das outras parteiras daqui que não gostava do homem entrar no quarto. (D. Mariana, 68 anos sobre Dos Anjos)

A narrativa de Dona Mariana contando da parteira dos Anjos, traz luz para as habilidades e virtudes das parteiras do Cabula, evidenciando a atitude de Dos Anjos, sua determinação, bem como a sua coragem em assumir sua identidade de parteira, que se reconhecia como tal. Embora o lugar da parteira na comunidade seja de uma detentora de habilidades, de mestra, ela não se sente numa posição superior em relação às pessoas do grupo social.

Com relação à "recompensas" pelos seus "serviços", algumas parteiras desfrutam de credibilidade nas comunidades onde atuam, são reconhecidas como detentoras de um saber próprio e, ao fazerem uso deste saber, têm a liberdade para cobrar ou não; portanto, não existe nenhuma regra entre elas que proíba o não-recebimento de um pagamento por um parto executado, mesmo que reiteradamente elas considerem esse saber como um dom divino. A parteira, assim como outros mestres, tem o livre arbítrio para ajudar quem recorre a seus

serviços e muitas vezes, recebe em troca uma espécie de pagamento, que pode ser um presente ou um cumprimento de uma obrigação, como narra Dona Vanilda:

> As parteiras e rezadeiras daqui tudo pedia um dinheirinho pra comprar açúcar e farinha, nois dava porque ela sempre vinha acudir quando a gente se apertava". (D. Vanilda, 82)

O contexto da parteira do século XIX traz questionamentos a partir das seguintes hipóteses; como se explica a construção negativa da imagem da parteira, se elas eram aprovadas nos exames realizados através da fisicatura e posteriormente pela faculdade de medicina com o diploma de autorização legal para desenvolver anestesia nas mulheres em situação de parto? Como entender essa desvalorização se elas eram elogiadas por médicos e pelas mulheres e tinham muito prestígio no império? A explicação para essas questões pode ser dada a partir do fato de que naquele período faltava aos médicos, o preparo em obstetrícia porque na sua formação não era oferecido aulas práticas por falta de clínicas de parto, as aulas práticas eram feitas com manejos realizados em manequim, esqueletos da pelve, úteros e fetos artificiais e ao final do ano os estudantes eram aprovados sem sequer ter realizado um parto.

A resposta para a construção do estigma lançado sobre a imagem da parteira encontra justificativa nos estudos de Amaral (2008) que explica o quão autoritário foi o processo da exclusão da parteira do campo do atenção ao parto

> Nos mais variados veículos formadores de opinião na época, inclusive nos periódicos médicos e nas teses da Faculdade de Medicina, era muito comuns críticas duras às parteiras, interpretando-se suas ações como imorais e promotoras do atraso brasileiro. Entretanto, no início do século XX, essa situação começou a mudar com o advento da Maternidade Climério de Oliveira, pois a presença da parteira no interior das salas de parto e mesmo em enfermarias passou a ser constante, diminuindo a distância entre médicos e parteiras na atividade da obstetrícia. (AMARAL, 2008, p. 06)

Assim, médicos atuando na perspectiva higienista criaram cursos de formação para profissionalizar parteiras que ocorreu de maneira distinta entre elas, de forma bastante diversificada e heterogênea, formando assim, um ciclo de apropriação dos conhecimentos empíricos das parteiras, para em seguir se transformarem nas únicas pessoas capazes de chancelar ou validar esse mesmo conhecimento.

A narrativa de dona Lindaura, também denuncia o lugar de desvalorização que foi

promovida pela categoria médica no século XIX e XX, com o intuito de ocupar o lugar das parteiras, se apropriando de um lugar que foi conquistado pelas parteiras ao longo dos séculos. Mott (1999), afirma que a desqualificação das parteiras pelo discurso higienista, estigmatizou essas mulheres, a ponto das mesmas não se reconhecerem mais como parteiras.

> Ela nunca gostou de falar que pegava menino. Se ela que era parteira negava seu trabalho, porque eu vou me autorizar a falar? Ela não gostava porque aprendeu a pegar menino no trabalho dela de enfermeira, ela trabalhava no Climério como enfermeira e aqui ela pegava os menino tudo das mulher conhecida. Ela não gostava de misturar as coisas… Ela dizia que era diferente o trabalho do hospital, com o do parto em casa. Diziam que ela fez curso de parteira, mas ela não contava isso não, era muito reservada. Todo mundo sabia que ela era parteira, ela não falava, mas era a mais conhecida daqui, e tem mais ela cobrava pelo serviço, e por isso muitas não podiam chamar, ela atendia as mulheres de melhores condições, entende?" (D. Lindaura, 67 fala sobre, sua tia Dalu)

Os saberes tradicionais fazem parte dos cuidados cotidianos das mulheres, contudo, os profissionais de saúde, em geral, ignoram esses conhecimentos porque sua formação foi ancorada no arcabouço do modelo biomédico que desvaloriza outras formas de saberes. A atitude de desqualificar os saberes tradicionais perdura até os dias atuais, em espaços onde o conhecimento biomédico oficial prevalece no comportamento médico. Assim, entendo que o comportamento e atitude desses profissionais permanecem reproduzindo e legitimando a colonialidade do saber (SHIVA, 2003).

Essa lógica foi aplicada às parteiras que ao longo do tempo foram sendo excluídas do campo do cuidado feminino, em detrimento da institucionalização do parto com seu aparato tecnológico. O modelo biomédico, vem sendo questionado pelo Movimento de Humanização e pela produção universitária mais recente, uma vez que, o reconhecimento desse patrimônio de saberes contribui para articular e valorizar a fusão entre o conhecimento científico e os saberes tradicionais para promover um atendimento qualificado para as mulheres. Assim, nas narrativas das mulheres encontramos também paradoxos presentes nas mudanças e permanências históricas, com suas complexas dinâmicas:

> Aqui na rua mesmo tinha uma parteira e rezadeira, finada Maria. Hoje em dia não tem mais isso, acho que os mais velhos foi indo embora e os mais novos foram não ligando mais pra isso, não se preocuparam com isso, em dar continuidade. É das folhas que vem o chá, tudo da medicina né? Usa as folha, as raiz, pra fazer o medicamento. Tive 14 filhos, só o meu segundo filho que foi com parteira, porque não deu tempo ir pra maternidade, foi meu marido que chamou a parteira, depois chamou o serviço móvel. Naquele tempo fazia parto em casa, também com médico, enfermeira e tudo e a

> parteira eu desisti dela. Desisti porque eu preferia ter uma assistência médica do que com a parteira, num é?! Naquele tempo a Tsylla Balbino não era boa não, quando eu tive ela foi no tempo da revolução, os médicos tudo alvoroçado, não tinha roupa de cama, não tinha nada, eu dormindo naquela poça de sangue ali, não tinha roupa de cama pra trocar, nem nada e eu me acabando de cólica e tudo ali. Nesse dia foi horrível, viu? Quando teve a ditadura todo mundo azoado, os médicos, as enfermeiras, e até hoje o Tsylla é assim, eu fui com minha sobrinha, tem um ano ela foi parar eu fui visitar cheguei lá, pensei "isso aqui é uma maternidade?" Aquilo lá é o caos, sei lá o que é aquilo ali, não parece com nada, não. É um açougue, é horrível, aquela Maternidade Tysila Balbino é horrível. Eu digo, como é que a pessoa não pega uma infecção nem nada naquela maternidade? Ela é horrível. Eu acho que é a pior maternidade que tem aqui em Salvador, é ela. Eu chega me tremia de frio quando eu tive ela, não tinha uma roupa pra botar, nem lençol pra se cobrir, nem nada e aquela poça assim de sangue, disse que a máquina estava quebrada que não tinha como lavar. (D. Dolores, 72 anos).

Ouvir Dona Dolores fortalece a ideia de que nesse território viveram muitas parteiras que dedicaram cuidados às mulheres numa perspectiva de solidariedade e de compromisso social e humanitário. Ela conta que a parteira vizinha, dona Maria tinha muito saber sobre folhas e que seu filho herdou sua casa quando ela faleceu há 5 anos. Contudo, existe um certo paradoxo em sua fala porque embora reconhecendo o lugar de Dona Maria ela optou em ter seus filhos na Maternidade mesmo reconhecendo que desistiu da parteira para receber uma assistência médica. Essa fala nos remete aos estudos de Amaral (2008); Barreto (2008) que evidenciam o discurso higienista e propaganda dos médicos nos boletins e outros veículos de comunicação, que convenceram as mulheres a terem seus filhos na maternidade. Provoca a acreditar que Dona Dolores foi convencida pelo discurso médico de que parir no Hospital era mais civilizado e mais seguro. Entretanto, a narrativa descreve o local que nos leva a acreditar que ela se equivocou porque não recebeu o atendimento que ela esperava receber porque toda narrativa aparece desqualificando o tratamento recebido naquela instituição.

Essa narrativa poderia ser sobre a assistência no momento atual, uma vez que essa situação parece prevalecer em nosso país. É possível comparar a insatisfação desta guardiã de memórias de partos e parteiras com os resultados obtidos pelo Inquérito Nascer no Brasil (2014) e que ouviu 23.940 que tiveram seus partos nas 266 maternidades no Brasil, encontrando um nível altíssimo de insatisfação no que diz respeito a qualidade da assistência recebida.

Dona Dolores gesticula e expressa melancolia quando avalia o tratamento recebido classificado como "horrível" quando foi ter sua filha naquela instituição no ano de 1964. Ela descreve detalhadamente como estava o clima naquela maternidade naquele período da "Revolução". Segundo ela, tanto os médicos como toda equipe de enfermagem "estavam

alvoroçados", gerando um clima de desordem no ambiente que lhe deixou insegura e desconfortável. Essa descrição retrata aspectos do panorama da assistência obstétrica na maioria das maternidades públicas do Brasil, justificando o porquê do movimento pela Humanização do Parto ter tido eco em grande parte dos recantos e regiões do país.

O medo, associado a dor e solidão representam as queixas mais frequentes das mulheres encontradas nos estudos de McCallum (2006), Nonato (2007) e do Inquérito Nascer no Brasil (2014) e representam também variáveis estruturantes do modelo biomédico no processo de parturição. A dor torna-se o símbolo principal da transformação social vivenciada pelas gestantes, malgrado a interpretação negativa de sua condição construída pelos profissionais. Segundos as autoras citadas no início do parágrafo, é preciso fazer uma releitura dos significados atribuídos pela instituição, verbalizados pelos profissionais uma vez que as parturientes de maior vulnerabilidade social, sofrem de modo desnecessário. Esse sofrimento decorre, em grande medida, do modelo tecnocrático de atenção obstétrica adotado nas maternidades públicas de todo o país.

Neste modelo assistencial, os profissionais administram medicação para promover a aceleração dos partos e a realização de procedimentos não-recomendáveis, como já mencionado no capítulo quatro. Mas são as atitudes dos profissionais perante as mulheres, que contribuem largamente para o sofrimento experimentado. A desaprovação da maternidade permite a interpretação de suas atitudes hostis como "castigos" ao exercício da sexualidade dessas mulheres. Trata-se de uma conduta que se insere no quadro mais amplo da violência institucional, frequente na realidade brasileira.

### 6.2.4 Entre folhas, saberes e espiritualidade

Durante a transcrição das narrativas, apareceram muitas referências de folhas e plantas. As *guardiãs* contam suas histórias de vida, nas quais estão presentes uma diversidade de plantas nativas. Por vezes, elas aparecem incorporadas em suas práticas de cuidado como parte de uma dimensão espiritual, dos orixás e dos caboclos, por exemplo. Esses saberes sobre plantas estão ancorados em processos ancestrais e se desenvolveram em um contexto comunitário, permanecendo viva nas memórias dessas *guardiãs*, tornando-se por vezes populares nas comunidades. A importância dessas práticas aparece na narrativa de Dona Mariana ao contar a história de uma parteira, Dona Dos Anjos:

> Ela dizia que tinha um caboclo que soprava no ouvido dela, que era o Dr. do

> parto e dizia que esse caboclo era sua intuição de saber como fazer na hora que o menino tava demorando de descer. Depois que o tempo foi passando e que chegou esse hospital, daí as mulheres começaram a recusar a parteira porque queria ir ter menino no hospital novo. (D. Mariana, 68 anos sobre, Dos Anjos)

Algumas *guardiãs* relatam que esses saberes também são transmitidos por "vozes de entidades" que as ensinavam e orientavam o que precisavam saber, porque o saber tradicional é diretamente ligado à fé nas relações com as divindades, como relata Dona Mariana. Mais uma vez, essa possível fonte dos saberes tradicionais também é relacionada de forma oposta a uma nova conformação de assistência ao parto, representada na instituição hospitalar.

Destaco aqui uma singularidade nas narrativas do "povo de santo" (aqueles que cultuam religiões brasileiras de matriz africana), elas atribuem seus saberes a partir de uma fonte maior, como "Deus, os Santos e Orixás". Como aparece nas narrativas a seguir:

> Aqui quando elas aparecem, a gente logo dá o recado… Fala aí de teus cuidados com elas. (Orixás) A gente manda dar comida para dar um jeito, milho branco, canjica e tirar o sal grosso pro corpo não ficar mole. E tem uma que quer parir aqui, né Tânia? [filha], mais nóis não quer não, porque pode trazer problema pra nóis. A gente manda ir para o hospital, pra o Roberto e depois elas voltam pra fazer a limpeza, tendo que ficar presa. Teve um purgante que ensinei a Tânia. Ela não queria fazer, porque é sempre eu e o orixá Oxum, quem me dizia como era a limpeza e como cuidar. Eu boto tudo como o orixá manda, asafetida, bisna, arruda, óleo de rícino, mamona, poejo e cebola branca, aí coloco na panela dos santo e deixo no sereno pra acalmar as ervas, aí no dia dele tomar o remédio a gente apresenta o menino ao orixá Oxum e aí a marcar o batismo. (D. Gracelina, 70)

> "Minha religião é... essa aí, né? É católica... eu rezo pra ajudar as pessoas que tá pra ganhar neném, que tão na sarjeta por aí jogado, quem tá procurando uma coisinha pra se alimentar. Peço a Deus, os Santos, e os Orixás que protegem, faço por coração de bondade… Um banho de folha e a reza eu faço… eu tenho muita fé em orixá, num vou mentir, orixá tem força, fica aí…" (D.Irene, 76)

Dona Gracelina e Dona Irene falam da força da espiritualidade de matriz africana, embora por vezes essa força também esteja associada à ações de sincretismo, como afirma Dona Irene, ao se dizer, também católica. O benzimento, assim como outras práticas religiosas populares podem ser caracterizadas como uma prática terapêutica que envolve uma relação dual entre a pessoa que pede a reza e a rezadeira. A rezadeira exerce o papel de intermediação entre o sagrado e o humano com o propósito de obter a cura. Esta prática tem efeito sobre a sobre o corpo físico e espiritual promovendo o bem estar e aliviando a dor e a angústia da gestante (MARIN e COMIN, 2017; THEOTONIO, 2010 e QUINTANA, 1999).

Nas culturas tradicionais os recursos naturais como a água e as ervas são dádivas ofertadas pela mãe terra e são portadores de cura. Seus benefícios são utilizados para promover cuidados e cura para o corpo físico e espiritual. Nesse sentido, é importante apontar que as ervas são elementos muito presentes nas práticas de cuidado das parteiras, rezadeiras e benzedeiras. Elas são utilizadas em ramos empunhados pelas parteiras, rezadeiras e benzedeiras, são usadas para fazer banhos de folhas, de cheiro, de assento e também para fazer lambedores caseiros – remédio caseiro, xarope, feitos de mel ou açúcar e produtos naturais como cebola, beterraba, jatobá, babosa, romã, entre outros – (THEOTONIO, 2010), como conta Dona Vitalina.

> Quando ela chegava na casa da mulher e via que a coisa tava fria ela ajeitava um banho bem quentinho com algodão e mentrasto, até a contração ficar bem forte. (D. Vitalina, 75)

O caminho entre a observação, a experiência e a validação desses conhecimentos vem sendo trilhado ao longo da história da humanidade e da ciência. As práticas de saúde veiculadas pelas benzedeiras mesclam conhecimentos que remetem do empírico ao científico. Há a crença no poder do ritual que se mistura com outras variáveis do cuidado (PALHARIM E FIGUEIROA, 2018). As *guardiãs* também aliam a observação e a experiência na construção do conhecimento das plantas, usadas como ramos, em banhos, preparados ou defumações, com poderes de afastar o mau olhado, por exemplo, funcionando, para elas, como instrumentos de neutralização das doenças e acometimentos negativos (THEOTONIO, 2010)

As narrativas das *guardiãs* dessa pesquisa sobre gestação e parto, ilustram a conexão entre cuidado e espiritualidade, indicando que os saberes nas tradições de matriz africana guardam uma concepção das práticas de cuidado onde estão associadas a fé, oferendas e rituais para os orixás representando parte fundamental do processo saúde-doença. A espiritualidade pode ser caracterizada como uma forma terapêutica realizada através de uma relação dual entre o cuidador e o usuário (MARIN e COMIN, 2017):

> As pessoas não confiam mais no axé, vai buscar o axé na internet, e lá não vai achar a força do axé porque quem ensina a gente a força do axé é orixá, o povo quer ser mãe e pai (*de santo*) antes de ser filho... Esse mês é pesado, preciso cuidar de mim do terreiro e de meus filhos fazer o ébo a gente vai juntar com as irmãs de outro terreiro pra fazer o trabalho porque vamo juntar pra sentir o orixá … novembro, o axé é muito bonito porque orgulha muito orixá é juntando… Acho que *o Asè (Axé)* é muito importante pra elas na hora

> do parto porque o orixá protege tanto a mãe quanto a criança né? Porque axé tem raiz e aí raiz segura tudo. Conta a ela Tânia daquela moça que ficou 6 anos esperando um bebê, e veio aqui pra gente ajudar. Tânia - Ela já tinha ido em muitos médicos até na clínica de Elsimar Coutinho ela foi, e desenganou a ela porque o útero era infantil e virado, entende? Aí ela desesperou e veio falar com nós, Gu disse eu não posso te ajudar mas sei quem pode, aí ela ficou encucada pra saber e eu fui logo dizendo: Se tu se acertar com mamãe Oxum ela te ajuda a ter seu bebê. Oxe! Não deu outra ela baixou a cabeça e depois disse assim, vou falar com meu marido e depois venho aqui. Dois dias e ela já chegou decidida: Eu quero me acertar com Ela (Oxum). eu expliquei que ela vai fazer tudo que era um pacto com mamãe Oxum e ela aceitou. No dia certo ela fez o trabalho e o orixá foi logo dizendo esse menino vai um pra mim! Ele (orixá) aceitou. Passou 3 semanas, 4 semanas e nada! Em 40 dias batido ela chegou aqui aos prantos, chorava tanto que lavou minha alma de alegria. Ela soluçando assim: Minha mãe os orixás fez o trabalho! Meteu a mão na bolsa e me mostrou o papel do exame, era o resultado ela estava grávida de 3 semanas. Foi batata, ficou grávida, pariu lá no sagrada família porque não tinha vaga no tysila tava tendo reforma eu fui visitar o menino, Caique, filho de mamãe Oxum e o menino é dedicado ao orixá. O terreiro é o lugar onde elas vem buscar alívio para suas aflições. (D. Gracelina, 70)

As narrativas de saberes e fé, indicam que essas *guardiãs* apresentam uma identidade social singular ancorada na solidariedade e nos vínculos, atuando a partir do re-conhecimento coletivo e validação da comunidade sobre seu poder de atuação.Em suas percepções, muitas das *guardiãs* expressam a relação com uma missão, dom e um compromisso com a mediunidade. Elas entram em contato com esse plano espiritual através de sonhos, transes, intuições ou vozes escutadas. Assim, esses aprendizados ocorrem fora do controle do aprendiz, mas são fundamentais, marcam e direcionam a vida dessas guardiãs, construídos ainda em conjunto com a coletividade. Como expresso no pensamento de Sodré, acerca da religiosidade de matriz africana:

> É o axé, a força estruturante da comunidade, que busca e redefine os espaços necessários à comunidade. A "fé" implica nessa força é bem diferente do sentimento individual e salvacionista (guiado por uma macrofinalidade) que traduz a fé cristã. Trata-se mesmo de uma força de afirmação ética (sentimentos e valores) do grupo, capaz de se transformar, absorvendo, nas rupturas do tempo histórico, as singularidades de um território. (SODRÉ, 2002. p. 106)

O aprendizado dessas práticas pode ocorrer também pela observação e repetição na vivência cotidiana e pela tradição oral, constituindo um conhecimento empírico que não carece de justificativas científicas para sua permanência, dependendo da legitimidade do ambiente social. A transmissão do ofício espiritual no contexto religioso, ocupa um lugar de destaque porque ocorre em nível psíquico através da herança transgeracional passada de mãe

para filha. (BARROS, 2015)

Na sociedade contemporânea, entretanto, essas práticas tem se modificado e a própria figura popular das parteiras, benzedeiras e curandeiras tem sofrido dificuldades de transmissão desse ofício em decorrência de uma série de fatores, dentre eles, o processo de urbanização e o maior acesso às instituições de saúde, onde essas práticas populares não são reconhecidas nem valorizadas (COMIN e MARIN, 2017).

A natureza é vivenciada e compreendida a partir de uma lógica integradora e interdependente onde elementos místicos e litúrgicos não se separam dos físicos e biológicos (GOMES, 2009). Essa dinâmica pode ser ilustrada a partir da seguinte narrativa:

> Quando as mulheres vem me procurar para falar que vai ter um bebê, eu faço logo minha "agradação" pra o orixá que protege eles nessa caminhada, Iemanjá, Nanã e Oxum, elas gosta de agrado, de presente e hoje em dia ninguém quer cuidar de orixá. só quer a proteção, aí fica difici né? (D. Gracelina, 70)

Esses saberes são oriundos da África ocidental, especialmente do povo ioruba e banto que migraram na rota transatlântico negro, sobrevivendo e resitindo ao processo homogenizador, e colonial patriarcal. As semelhanças entre os saberes tradicionais desses povos com os saberes de territórios negros de quintais quilombolas e terreiros é muito forte (GOMES, 2009). Narrado por Dona Vitalina :

> Minha tia dizia pra todo mundo ouvir que ela era parteira, curandeira e benzedeira, ela dizia isso ai, e sabia fazer as garrafadas para as mulé que precisava de remédio do mato. Ela começou a cuidar dela no parto do primeiro menino e depois aprendeu com ela mesma. Pariu o primeiro com a sogra e depois não chamou mais ninguém pra ajudar. Começou a ajudar as mulher da vizinhança e aí começaram a chamar ela e quando viu já era parteira. Ela chegava na casa e resolvia logo o que tava parado. Ela pegou bem uns duzentos menino por aqui por essas bandas, e benzia o menino e a mulé depois do parto. Ela orava depois do parto e dizia que oração é ação porque rezar com a planta, com a erva é junção[19] pras pessoas, porque a bendição é uma ação com a planta. Ela ajudava, rezava e dava o remédio com a erva. " (D. Vitalina, 75)

Nessa narrativa de dona Vitalina aparece claramente o princípio da integralidade do cuidado, na perspectiva de atender todas as necessidades da mulher no contexto da resolutividade da eficácia dos problemas apresentados durante o processo do parto, vez que,

[19]Ato, processo ou efeito de juntar(-se). Reunião, união de seres ou coisas (concretas ou abstratas).

aparece o termo “ resolvia tudo que tava parado na casa da mulher”

Nesse contexto, os saberes tradicionais dessas *guardiãs* se preservam como forma de resistência à diáspora negra forçada ao processo de colonialidade permanente diante da expansão constante do processo de modernização (SEGATO, 2012).

O processo de urbanização e planejamento de cidade norteado por uma divisão de funções, setores e serviços que teria levado ao fim as relações de vizinhança, à rupturas de identidades e o esquecimento de práticas tradicionais no Cabula, o hábito de plantar e de usar as ervas como importante elementos de cura desses saberes ainda prevalece, ainda que o processo de urbanização tenha ocupado grande parte dos espaços daquele território destituindo muitas espécies de plantas e do seu ecossistema natural.

Nesse território, as tradições afro-brasileiras construíram uma cultura de compartilhamento também com os povos indígenas. Assim, nas narrativas aqui apresentadas, há sempre uma alusão às plantas nativas como sendo de poderes místicos deixados pelos caboclos, revelando que a ancestralidade está preservada também por origens e descendência indígena. Essa troca de saberes da população do Cabula se originou, assim, a partir dos povos indígenas e afro-brasileiros.

Destaco o equívoco de cunho epistemológico pautado numa lógica em que o saber científico é considerado universal. Essa concepção não reconhece a importância de outros atores como sujeitos históricos possuidores de um saber sobre cura para além da condição de sobrevivência. O saber das parteiras sobre o uso e as funções de cada erva é um exemplo emblemático dessa possibilidade de construção de um conhecimento tradicional que não é reconhecido pelo saber científico, evidenciado na fala de Dona Vitalina:

> Ela tinha um jardim, todo mundo falava do quintal de minha tia Lurdinha se orgulhava... tinha de tudo, e ela sabia pra que servia cada folha, sabia fazer as garrafadas para as mulés que precisava de remédio do mato. Ela orava depois do parto e dizia que oração é ação, porque a bendição segundo ela, é rezar e dar junção uma ação com a planta. Ela ajudava, rezava e dava o remédio com a erva. Lurdinha se orgulhava muito das ervas que ela cultivava no quintal porque todo mundo falava do quintal dela, que era muito importante entende? Ela tinha algodão, artemísia, guiné, anil e mentrasto e traçagem, ela tinha de tudo, e sabia pra que servia cada folha daquela. Ela panhava no mato e trazia pra plantar no quintal dela, e virou um jardim lindo que até flor branca ela tinha. Ela ficou tão conhecida que até as autoridades sabia que ela pegava menino e até recebeu uma visita de uma chefe da maternidade que veio convidar ela pra trabalhar na maternidade mas ela não quis ir não. O marido dela não gostava que ela fazia esses trabalhos. (D. Vitalina, 75)

A narrativa de Dona Vitalina remete aos saberes tradicionais guardados nos quintais através das ervas medicinais, folhas e plantas, tornando interessante o lugar da etnobotânica desses espaços para os saberes sobre a saúde, e da biodiversidade, em outras matrizes culturais. Os saberes produzidos e guardados pela memória, reproduzidos pela oralidade, dão significação aos espaços dos quintais e das plantas neles inseridas. Esses quintais refletem os vínculos rurais e urbanos que parecem abrir caminho para a compreensão de novas territorialidades e desses espaços, importantes para construção de redes de solidariedade e trocas de saberes. Os saberes etnobotânicos dos afrodescendentes, indígenas, mulheres e pobres manifestados nos cuidados oferecidos por parteiras, rezadeiras e benzedeiras bem como pelas *guardiãs* compõem o patrimônio imaterial desses povos (GOMES, 2009).

As parteiras conhecem os segredos da natureza e sabem cuidar de dor de cabeça, cólica e inflamação genital através de ervas e plantas que elas cultivam. Isso fica também evidente na fala de Dona Irene:

> Eu tratava o pós parto com óleo de amêndoa na barriga da mãe e na criança. O umbigo do neném tava estufado teve hérnia aí peguei o cordão um linhazinha medi o umbigo, fiz um molde, fui no sítio do seu Betinho pedi a ele pra entrar e fazer um remédio no pé do Jenipapo, cortei a rodinha do tronco do jenipapo na medida do umbigo, coloquei o cordão dentro, tampei e larguei lá durante 7 dias, nos 7 dias tava tudo murchinho, eu botei esse menino bom…(D.Irene, 76)

Essa experiência sobre os cuidados com o umbigo do bebê, prática adotada nesse ritual de conectar o coto umbilical ao tronco do jenipapo, revela também que o saber das parteiras é construído sob uma lógica da relação homem-cosmo e da busca de uma sabedoria ancestral em busca da cura na própria nas *Parteiras Tradicionais* ao longo da história, além de assistir partos, tratavam doenças ginecológicas, cuidavam do umbigo dos bebês e aplicavam sanguessugas dominando os segredos das *doenças de senhoras* a ponto de estabelecer cooperação com os médicos nas terapêuticas dessas doenças. (MOTT, 1999)

> Para eu contar meus partos eu preciso puxar pela memória. Meu caçula tem 62 anos e antes dele eu tive 9, morreu 3 pequeno e fiquei com 6. E desde só tá vivo 4 porque 2 Deus levou. Meus partos foi tudo ligeiro e tudo fácil. Ah não, o antes do caçula que morreu com 3 meses de sarampo foi um parto diferente. Esse varou a noite e o dia todo e só nasceu na 2ª noite, mas foi porque o menino veio sentado. Os outro tudo foi ligeiro e com dor de cólica. Minha parteira era dona Maria, ela pegou 6 mas depois ela foi embora para o interior com os filhos para Alagoinhas, e eu pari com outra que meu mariarrumô, Dona Ceiçao. Pra mim as parteira era tudo boa e educada. Fazia o trabalho delas, dava o banho, o chá, as massagens na gente, ajeitava tudo e tirava a placenta direitinho. Elas sabia fazer tudo direito e depois ainda pesava e limpava o menino pra gente cuidar. E quando a gente pedia elas vinha dar o banho do menino no outro dia e vê o umbigo do menino. Eu

> acho que teve um desses, ah o 3º que foi Afonso que eu tive hemorragia e a parteira botou eu com as pernas pra cima e botou um peso na minha barriga. 2 quilos de feijão, e me deu um chá de barbatimão pra beber e ficou na minha casa até de manhã com medo do sangue voltar. Eu me lembro que as parteira era tudo amiga da gente e cuidava direitinho dessa hora difícil. (D. Leaci, 87)

Como narrou Dona Leaci, acima, e Dona Ceiça (abaixo) as parteiras eram respeitadas pelo conhecimento que acumulavam, cuidando não somente da parturiente mas de outros saberes como da terra, plantio, ervas naturais, fitoterapia, etc. (PALHARINI E FIGUEIROA, 2018)

> Eu fiquei ouvindo minhas amigas e nenhuma de vocês falou daquele remédio que as parteiras usava que era tiro e queda, quando incomodava aquela dor só passava quando eu tomava um copo cheinho daquela garrafada que era melhor da redondeza a melhor de todas era de dona Ceci, ela também dava garrafada e água de colônia no resguardo porque as parteiras daquele tempo queria que a gente ficasse de cama 40 dias pra não quebrar o resguardo. (D. Ceiça, 79 anos)

Na relação das comunidades contra colonizadoras, a terra é de uso comum material e espiritual, nela se produz benefício para todas as pessoas, para atender as necessidade de cada um, só sendo permitida a acumulação em prol da coletividade para abastecer os períodos de escassez provocados por irregularidades climáticas, guerras ou os longos períodos de festividades. Metaforicamente a relação do corpo da mulher com o desenvolvimento do fruto na terra, indicam que as mais velhas, guardam uma cosmovisão associando o embrião com a semente, a fecundação com a plantação, a gestação com o tempo do desenvolvimento do plantio e o nascimento com a colheita. (SANTOS, 2019) Como se evidencia na fala de Dona Ceiça:

> Quando a gente fazia barriga as parteiras gostava de mandar a gente plantar milho e mandioca para fazer mingau e juntar leite pro menino. Toda vez que eu ficava cheia, meu marido aumentava a plantação de milho. Hoje em dia, é tudo mais difícil, mas nos tempos de antes os meninos nascia mamava e arrotava com saúde e alegria… Meus parto era tudo de bom e os meninos mamava até começar a andar, ia pra roça comigo dentro panacum e eu só tirava na hora de ir embora. (D. Ceiça, 79 anos)

### 6.2.5 Institucionalização e medicalizacao do parto

Neste tópico apresento as narrativas das guardiãs que podem ser associados a questões relacionadas à institucionalização e medicalização do parto, como discutido no capítulo

quatro, desvendando sentimentos, vivências e opiniões das *guardiãs* dos saberes, com memórias de partos em períodos históricos diferentes.

No século XIX, a literatura médica se referia às parteiras, sem distinção entre as que possuíam autorização legal, eram licenciadas bem como o grupo mais numeroso de parteiras práticas que exerciam o ofício sem autorização legal, senhoras que partejavam suas escravizadas, moradoras de engenhos e fazendas. A legalização no período do século XIX, previa que parteiras diplomadas na faculdade de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, poderiam exercer legalmente o ofício ao lado das parteiras práticas que foram aprovadas pelos médicos da fisicatura ou da câmara municipal, antes da criação da faculdade de medicina. (MOTT, 1999)

As documentações pesquisadas por Mott (1999) identifica através de anais, que a experiência e qualificação das parteiras diplomadas pela faculdade de medicina, exerciam o ofício durante um longo período, adquirindo portanto uma acumulação de conhecimento e experiência na trajetória. Segundo a autora, na Revista Imperial da Academia de Medicina, muitas são referências positivas ao conhecimento e à prática do ofício de parteiras. A autora identificou que Madame Marie Josephine Mathilde Durocher, foi a primeira parteira diplomada no Brasil com 60 anos de experiência, 5.500 partos realizados, conquistando o título de profissional qualificada na clínica obstétrica.

Com a vinda da família real portuguesa para o Brasil em 1808, ocorreu uma "re-europeização" da sociedade brasileira, nos ditames do modelo francês, desencadeando vários movimentos de mudança, de adequação a uma nova ordem e, entre eles, o movimento higienista. A higienização tinha como alvo, as cidades e também as famílias de elite, no espaço da casa, representando a figura do médico uma das mais importantes conquistas do movimento. (COSTA, 1983)

O processo de modernização era fruto de um movimento iniciado na Europa no século XVIII, período em que as cidades européias experimentava o crescimento populacional e o aumento das epidemias, gerando uma inquietude político-sanitária que desencadeou uma intervenção médica sem limite como normatizadores do comportamento humano (FOUCAULT, 1985; AMARAL, 2008).

> O material que usava era de primeira qualidade, por isso ela tinha que cobrar, e ela era braba… não alisava. Mandava as mulher fazer força pra despachar logo o menino e não gostava de muito bla bla bla, era mais segura entende? Mas ela era bem atualizada, e fazia tudo como aprendeu com os Dr de lá da maternidade. Dava injeção, que aprendeu a dar no hospital e também esterilizava tudo que usava no umbigo… Ficou pegando menino

> bem uns 20 anos mas depois veio a perseguição e ela parou, logo depois foi embora pra Santo Amaro porque se aposentou. (D. Lindaura 67 fala sobre, sua tia Dalu)

Essa narrativa de Lindaura falando sobre sua tia Dalu, ganha força no Brasil no início do século XX. quando o saber médico acadêmico interferiu na vida da sociedade, estabelecendo novos preceitos no cuidado com a saúde. Na Bahia o discurso higienista foi inserido para justificar a transferência do parto do domicílio para o hospital com seu processo de institucionalização, acompanhada, em seguida, pelos procedimentos médicos que não se processavam no domínio das parturientes, mas nos hospitais. (AMARAL, 2008). Sobre esse processo de institucionalização, Foucault (1990) em seus estudos sobre o "Nascimento do Hospital", afirma que a constituição de uma medicina que foi responsável pela criação de uma *disciplina hospitalar,* descaracterizando a função da assistência, na qual o médico adentrou como um personagem central na organização hospitalar. (RÉCHIA, 1998)

Nessa perspectiva, o hospital passou a ser um lugar de cura e o saber médico, que estava ancorado na observação e acompanhamento da doente passou a controlar sobretudo, o ambiente que o circundava com o esquadrinhamento dos corpos, constituindo um espaço de acumulação de saber da medicina.

> Quando elas voltam do hospital vem contando um monte de coisas, umas contando que foi bom e outras que sofreu, porque deixaram ela sozinha na sala de parto, apertam a barriga e gritam sem dó e sem piedade, misericórdia, sei não viu?! Esse negócio é muito diferente dos meus tempos, hospital é bom mas a casa da gente é mió. Tu sabe que hoje quando as mulher vem do hospital elas trata o umbigo com arco [álcool] e merthiolate, tadinho dos bichinhos… (D. Silvalina, 75)

A narrativas de dona Silvalina ilustra o panorama atual da assistência obstétrica no país, destacando o modo como as mulheres são tratadas durante o período mais importante da sua vida reprodutiva, o senso comum dissemina o hospital como o espaço legítimo e adequado para oferecer assistência obstétrica, contudo, *O Inquérito De Nascer No Brasil* (2014) apresenta dados importantes sobre a insatisfação das mulheres com o modelo adotado na maioria das maternidades do país.

> Ela me pediu um remédio pra aliviar a dor, mas a única forma de aliviar a dor era tirar o neném, cheguei lá peguei o algodão, tirei um tanto do chá dei pra ela beber e depois peguei o outro tanto e botei na bacia pra ela se banhar na cadeiras, usei chá de algodão para ajudar o parto, porque era o que eu tinha pra aliviar, era tirar a menina de dentro, hoje Luana já tem uns 30 anos. Parir dendi de casa é bom, mas não tem mais uma pessoa como antigamente pra cuidar de você, que cuide do neném, pra ter o neném tem que ter um lugar bem limpinho. No hospital não tem cuidado, nem carinho nenhum, você sofre de dor e elas ficam fazendo piada, dizendo quando tá no bem bom

> você não grita.” (D.Irene, 76)

A narrativa de Dona Irene vai de encontro com as pesquisas que apontam a insatisfação das mulheres tem fundamentado um debate polêmico sobre a *parafernalha tecnológica* onde a ocitocina, episiotomia, analgesia representam o poder simbólico que tenta substituir o respeito ao tempo fisiológico do parto numa perspectiva foucaultiana de controlar os corpos das mulheres através de: do conjunto de sensações corpóreas que inclui a contração uterina, a abertura do canal de parto, as dores, os suores e a eliminação dos líquidos e da placenta (CARNEIRO, 2015; LEAL, 2014)

> No interior, os parto tem reza, tem rezadeira, tem parteira e tem comida e bebida. No hospital que eu fui não tinha nada disso, só tinha muito cuidado e muita limpeza (D.Flor, 65)

Na narrativa de D. Flor evidencia um marco que separa o parto no domicílio enquanto evento celebrado com ritos, alegria e fé para o parto institucionalizado onde esse fenômeno foi transformado num procedimento médico na lógica do risco e sobre o controle sobre o corpo das mulheres. Esses “outros tempos” com seus dilemas, também, estão expressos na narrativa de Dona França, que fala da dificuldade de ter controle sobre a capacidade reprodutiva:

> Quando eu tinha o menino eu fazia uma promessa para Nosso Senhor do Bonfim não deixar eu ficar grávida. Eu ficava um ano correndo do marido, mas tinha hora que num tinha mais jeito e aí lá vai de novo outra barriga. Depois de Mariinha eu fiquei 3 anos pura. Aí depois veio Alice que o parto foi o melhor de todos, só durou dois dia, e a parteira chegou na boca da noite e três hora eu despachei. A placenta demorou pra sair mais saiu toda, os pedação, porque a dona Ceci puxou de dentro de mim e depois de dois anos, eu de novo engravidei, em 1976, mas eu perdi com três mês, e depois nunca mais eu fiquei prenha. (D. França, 77)

O discurso higienista da medicina obstétrica na sociedade baiana, tentava persuadir as mulheres de famílias abastadas, de que a Maternidade Climério de Oliveira era um exemplo de modernidade tomando a medicina européia como modelo dos médicos brasileiros (Martins, 2004). Foi assim, que a categoria médica iniciou um movimento objetivando medicalizar e higienizar os hábitos de vida da população, através das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. A Maternidade seria um espaço em que a mulher teria apoio médico, repouso, além da assepsia, o que diminuiria o risco das infecções onde o parto seria civilizado. (AMARAL, 2008)

A indicação do hospital como um lugar ideal e seguro para as parturientes darem a luz,

começou a ser divulgado na literatura médica a partir de 1930, porque até aquele período, os partos ocorriam no domicílio da mulher e eram acompanhados por parteiras leigas ou diplomadas. A partir desse período os médicos iniciaram um discurso para convencer as mulheres a terem seus partos no hospital, anunciando seus serviços nos jornais e boletins médicos.(MOTT, 2002). Dona Carmosina, narra esse dilema, no qual o hospital não era tido como um local seguro:

> Quando a dor passava eu descansava mas depois começava tudo de novo e aquela parteira era paciente, mas também queria que eu fizesse força direto, mas mesmo assim eu não queria ir pra o hospital porque o medo do hospital era maior do que o medo da parteira em casa. Se fosse hoje eu até ia querer ir mas naqueles tempos a gente morria de medo do hospital." (D. Carmosina, 78 anos)

A institucionalização do parto foi se fortalecendo no Brasil entre as décadas de 1960 a 1970, contudo em 1980 iniciou-se um movimento de contestação através da reivindicação do seguimento feminista em favor do protagonismo da mulher no evento do parto. (THÉBAUD, 2002) Dona Silvalina registra em sua narrativa a chegada do HGRS no Cabula, concomitante ao fato de sua avó ter parado de "pegar menino":

> E minha vó parou de pegar menino desde que o Roberto [HGRS] chegou aí. Mas quando elas saiam de lá vinham direto atrás de vó pegar as folha pra banho, e minha vó dava uma lavagem e uma chá pra limpar tudo pro dentro do útero. Minha vó Joana tinha plantação de algodão, guiné, pimenta, tinha o maior ciúme com a roça dela e não deixava que ninguém punhasse a mão nas plantas dela." (D. Silvalina, 75 anos)

Nos anos 1980 nasceu um movimento contra hegemônico da decolonialidade do parto para reivindicar o protagonismo da mulher na cena do parto. Através da redução da tecnologia instrumental como mediadora do cuidado. Apresento a seguir a narrativa de Dona Vanilda, ilustrando as mudanças/implicações sobre as formas de parir que ocorreram ao longo do tempo, sobretudo com a inauguração de um Hospital no Cabula:

> Naquele tempo só tinha um hospital que era muito longe daqui… mas hoje em dia as mulher prenha vai tudo pro posto e quando chega a hora de parir corri tudo pro Roberto (hospital), tem umas que vai antes de incomodar, porque não tem paciência do dia certo, minhas fia e minhas neta foi tudo pro hospital, e quando vorta os menino tudo viciado na mamadeira." (D. Vanilda, 82).

No início do século XX na Bahia, a assistência ao parto estava inserida no contexto da sociedade moderna ocidental, tornando a tecnologia instrumental uma mediadora dos cuidados e das intervenções medicalizadas. A transferência do parto domiciliar para o

hospital, ocorreu a partir da criação da faculdade de medicina da Bahia e com a inauguração da maternidade Climério de Oliveira em 1910, naquele período foram realizados, 5.199 partos normais sendo 3.847 em domicílio e 1.352 transferidos para o hospital. Esses dados indicam que a transferência do parto domiciliar para em ambiente hospitalar, sofreu resistência por parte das mulheres.

Até meados do século XX, o discurso médico em favor da hospitalização do parto não havia convencido as mulheres, sobre os benefícios da assistência hospitalar. Nesse período, Salvador tinha 400 mil habitantes, dispondo apenas de apenas 120 leitos para atendimento ao parto. Alguns fatores contribuíram para justificar a demora da transferência do parto domiciliar para o institucional, a exemplo de: topografia urbana de Salvador acidentada, dificuldade de transporte, pobreza das mulheres e continuidade do parto domiciliar. (BARRETO, 2008)

A inauguração do Hospital Roberto Santos em 1978 representou um marco da modernidade naquele território em franco processo de urbanização. As narrativas das *guardiãs* indicam que até aquele período, o Cabula tinha uma cultura tradicional do parto domiciliar assistido por parteira, baseado numa concepção de crença na natureza e na capacidade do corpo feminino em dar à luz.

Nesse sentido, esta pesquisa mostra a implementação da hospitalização do parto que é considerada como um dispositivo da colonialidade do saber que sobrepôs o saber médico aos saberes tradicionais reforçando a hierarquização dos conhecimentos e legitimando as experiências científicas, desvalorizando os saberes tradicionais. Além disso, se pode afirmar que a biomedicina é uma prática masculina que estabelece a instituição médica como normatizadora das práticas culturais onde o hospital representa um espaço de biopoder, gerando a compreensão do manejo em torno do processo saúde-doença, pois a doença se torna exceção e a saúde passa a ser controlada (CARNEIRO, 2015).

Existe uma articulação entre o capitalismo médico e o processo do colonialismo que reforçou as assimetrias da sociedade patriarcal gerando o que o autor classifica como hierarquização de saberes, reafirmando que a justiça social tem uma conexão direta com a justiça cognitiva numa relação de colonialidade do saber (B.S. SANTOS, 2007). Esse processo de hierarquização do saber pode ser visto na seguinte fala:

> Meus filhos nasceram aqui (em Salvador) em hospital, todos pela mão do médico, mas eu, minha mãe, e o povo do interior, foi “pegado” pelas mãos da parteira, eu preferia parteira, mas aqui não achei então tive que ter na

> maternidade, e todo pessoal fala que era melhor nascer de parteira, é porque era mais carinhoso por ser mulher. Quando complica o parto, elas me procuram. (D.Irene, 76)

Como é possível notar na fala de Dona Irene, há, uma memória que expressam dois modelos assistenciais: O termo "complica o parto" foi introduzido pela medicina moderna para expressar as dificuldades na dinâmica da evolução do trabalho de parto, uma vez que as parteiras de modo geral utilizava outras expressões para definir as alterações durante a evolução do trabalho de parto.Essa narrativa revela um momento histórico da institucionalização da assistência ao parto na Bahia, quando as parteiras foram excluídas desse campo da assistência dando lugar ao parto no hospital, tendo a figura do médico como protagonista do parto, onde a parturiente fica submetida às normas, rotinas e protocolos hospitalares.

No hospital, tanto a mulher, quanto enfermeira e outros profissionais paramédicos, ficam submetidas às normas e protocolos médicos, sem autonomia sobre seus corpos. Numa outra perspectiva, no domicílio as relações entre a mulher e a parteira tem são horizontalizadas, livres das relações de poder entre as partes, paradoxos narrados por Dona Flor:

> Tô aqui só ouvindo essas histórias e pensando, se eu morasse aqui quando tive meus meninos eu ia ter essa sorte de vocês. Mas eu morava em Brotas quando tive meus 4, meninos eu morava lá. Eu tive tudo na Maternidade de Nazaré (Climério de Oliveira). Três nasceu lá e o último nasceu na Tsylla. No hospital era parteira também mas tinha o médico também. Ah... meus partos foi com dor, muita dor, mas a parteira do hospital dava remédio para o menino nascer logo. Tudo que vocês contaram aí eu vi na casa de minha irmã do interior (Alagoinhas). Lá os partos era assim mesmo, com chá, reza das parteira e das rezadeiras do lugar, mas comigo eu não tive nada disso. Foi no hospital com injeção e muitos cuidados e a tal da higiene. Foi bom, mas eu não tenho saudade. (D. Flor, 65 anos)

No contexto atual surgiu do movimento de humanização do parto e nascimento a reivindicação de mulheres da classe média, o direito de assumirem o protagonismo do seu parto, entretanto elas reconhecem que o hospital não é um espaço onde elas possam garantir esse direito, crescendo portanto o número de mulheres que buscam uma parteira e/ou enfermeira obstetra para assistirem seu partos no âmbito domiciliar (CARNEIRO, 2015).

Contudo é preciso ressaltar, que esse movimento agrega especialmente o segmento de mulheres esclarecidas com nível de escolaridade médio e/ou universitário, ativistas de causas: Meio ambiente, vida natural orgânica, feministas, espiritualistas e etc, enquanto as mulheres de maior vulnerabilidade social, com baixa escolaridade, continuam confiando no parto

hospitalar com alto grau de tecnologia como sendo o espaço ideal para ter seus partos.

As pesquisas apontam um paradoxo no campo da assistência obstétrica evidenciando uma polarização entre os desejos e anseios do segmento das mulheres, se por um lado a cultura do parto hospitalar está implantado em todo território, os dados da pesquisa do *Inquérito de nascer no Brasil,* denuncia um alto grau de insatisfação no que desrespeito ao tratamento recebido no âmbito hospitalar, enquanto cresce o movimento entre as mulheres da classe média com maior nível de escolaridade, reivindicando o parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas e ou *Parteiras Tradicionais* ou contemporâneas (CARNEIRO, 2015).

Os argumentos utilizados por esse movimento , está amparado na crítica ao modelo biomédico que não respeita a fisiologia do parto utilizando excesso de intervenções e contrariando os princípios da medicina baseada em evidência científica. A narrativa de dona Silvalina, ilustra esse paradoxo:

> Nem adiantava eu seguir o caminho de minha avó porque depois que as mulher começou a correr pro hospital não precisa mais de parteira."(D. Silvalina, 75)

A frase "não precisa mais de parteira" reproduz o discurso do projeto higienista, uma vez que a categoria médica foi construindo um discurso para afastar as parteiras do campo de assistência ao parto se apropriando desse lugar. Assim como explica Maria Lúcia Mott nos dois fragmentos seguintes:

> A imagem da parteira como mulher ignorante, analfabeta, sem moral, responsável pela morte de mães e recém-nascidos devido à falta de qualificação profissional, é encontrada não apenas na literatura médica brasileira do século XIX, como também na de vários países, tendo sido inclusive incorporada por historiadores e sociólogos do século XX. (MOTT, 1999, p.01)

> Diferentemente da associação à falta de qualidade, ignorância, e conservadorismo largamente difundida pela literatura médica brasileira nas primeiras décadas do século XIX a documentação indica que as parteiras diplomadas incorporaram rapidamente as inovações e passaram a ser agentes da civilização e da modernidade conquistando credibilidade social carreira sólidas e sucesso profissional. (MOTT. 2005 p.134)

A mesma autora, relata no mesmo estudo que embora alguns médicos tenham construído um discurso para depreciar as parteiras, em outros documentações médicas a historiadora encontrou elogios direcionados às parteiras como sendo mulheres respeitadas, queridas e competentes, uma vez que o estigma era construído por profissionais preconceituosos, machistas e misóginos. MOTT (1999) Reforçando o pensamento de Mott, Tornquist diz:

> As mulheres sem dúvida foram expropriadas de seus saberes, de seu trabalho como parteiras e dos poderes no campo da parturição – e recuperá-los é uma questão política fundamental. Mas cabe ponderar acerca dos limites e dos desdobramentos do discurso da humanização do parto, na medida em que reproduz categorias como as de instinto materno e de natureza, ainda que ressignificadas em novo contexto.(TORNQUIST, 2002, p. 490)

Esse contexto tinha relação direta com as questões de vulnerabilidade social das parteiras, que em sua grande maioria na Bahia, eram mulheres negras, pretas e pardas, ex-escravizadas ou seus descendentes, que por não dispor de condições socioeconômicas favoráveis, careciam da ajuda da comunidade, como narra Dona Ceiça:

> A parteira era bem diferente das enfermeiras porque elas conheciam a gente e sabiam do que a gente gostava. (D. Ceiça, 79 anos)

As narrativas demonstram que as parteiras que fizeram partos domiciliares faziam valer sem dúvida o seu poder de sábias empíricas detentoras de muitos saberes, seja de natureza técnica e interventiva, seja de natureza espiritual e subjetiva e, portanto devem ser considerados em um contexto recheado de complexidades.

Assim, finalizo a redação do capítulo consciente do quanto os fragmentos narrativos aqui apresentados não dão conta de demonstrar a riqueza de detalhes de cada um dos encontros que tive o privilégio de participar. Procurei descrever os elementos metodológicos que orientaram essa busca e organizar de forma didática alguns tópicos daquilo que pude apreender e aprender a partir das memórias das gestações, partos e parteiras das mulheres que ouvi. Cada um dos tópicos trabalhados – acerca das redes de solidariedade e cuidado, dos tempos e processos do parto, das narrativas sobre parteiras, folhas, saberes e espiritualidade e ainda da institucionalização e medicalização do parto – constituem uma rica e importante discussão para qualquer pessoa que pretenda buscar aprendizados para o partejar, especialmente dentro das especialidades formalmente reconhecidas nos campos da enfermagem e da medicina. Daqui, convido leitoras e leitores para que me acompanhem em minhas conclusões finais.

## À GUISA DE CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar como saberes tradicionais acerca de gestações, partos e parteiras no Cabula presentes em narrativas de mulheres mais velhas (guardiãs) pode contribuir para a formação de enfermeiras tomando como pressupostos a relação entre as contribuições da extensão na formação em enfermagem e a relação entre modelos de assistência ao parto e a colonialidade do saber que se apresentam no território pesquisado, sendo este um espaço quilombola.

Um dos pressupostos adotados neste trabalho é de que o dispositivo da institucionalização e medicalização do parto é um processo que constituiu um marco histórico nas mudanças das formas de assistênciaàs mulheres, nesse sentido a transferência do parto do âmbito domiciliar para o hospital representou uma mudança estrutural para os significados do processo parturitivo. A entrada de médicos na cena do parto foi marcada pelo

desenvolvimento da biomedicina que transformou esse evento em um procedimento médico, de consumo de tecnologias e intervenções, inscrevendo-o numa linha de produção masculina, desenvolvendo e reproduzindo assimetrias e desigualdades de gênero.

Esse modelo de assistência está amparado na tecnocracia constituindo um mecanismo do biopoderlegitimado pelo discurso higienista que controla os corpos e modos de vida. O controle foi estabelecido a partir da noção do risco e da aplicabilidade das técnicas que operavam como elementos fundamentais para legitimar o conhecimento autoritativo, no sentido de controlar a população e prever os modos de organização social dos processos de gestação e parto. Todo esse processo tem comofundamentoa supervalorização da biomedicina na sociedade contemporânea que, no caso da assistência obstétrica, atuou fortemente a partir da apropriação dos conhecimentos de agentes de cuidado não oficiais (parteiras, raizeiras, benzedeiras), com a promoção de campanhas de perseguição e punição, uma vez que também estabeleceu as margens da verdade e da legalidade.

Partindo dessa constatação sobre a existência de um projeto epistêmico colonial no campo da assistência ao parto no caso do Brasil esse trabalho buscou contribuir com uma reflexão sobre a necessidade de reconhecimento de outros saberes. Nesse campo, reconheço que o dispositivo da colonialidade do saber também está presente no interior da formação universitária, sendo bem representada pela pedagogia verticalizada e centrada na figura do/a professor/a que produz e reproduz uma formação subalternizada ao lugar do conhecimento eurocentrado em detrimento de outras e novas formas de saberes ou ainda de antigas fontes que se apresentam em comunidades populares e tradicionais.

Nesse contexto, para atender aos objetivos específicos desta pesquisa, apresentei uma narrativa descrevendo vivências e etapas que definiram minha trajetória profissional, detalhando os lugares por onde andei e as fontes onde busquei nos saberes tradicionais das parteiras, formas de cuidados para agregar à formação acadêmica. Discorro também como se deu minha entrada na UNEB, sob o cenário da Assistência ao Parto na década de 2000, período de efervescência do debate acerca dos fundamentos da humanização do parto, recomendando os conhecimentos populares das *Parteiras Tradicionais* como um saber importante a ser agregadoà medicina baseada em evidências. Esse saber ganhou grande visibilidade e passou a ser reconhecido pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde brasileiro, sendo incluído inclusive na primeira publicação do Ministério da Saúde sobre esse tema, intitulada *Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à mulher* (BRASIL, 2001).

Partindo de uma discussão sobre o compromisso social da Universidade enquanto

espaço de produção de conhecimento e do papel das atividades de extensão no sentido de proporcionar a transformação da realidade da saúde e da educação, essa tese apresenta as atividades de Educação em Saúde que foram desenvolvidas através dos projetos de extensão e analisa em que medida elas podem se configurar enquanto um espaço importante para novos aprendizados. A grade curricular do curso de enfermagem reproduz a colonialidade do saber, evidenciada pela fragmentação do conhecimento científico.Nesse modelo sãoapresentados teorias e conceitos a partir de uma lógica desconexa e reducionista que não contribuipara a construção de concepções amplas e adequadas ao campo da saúde, entendido enquanto um direito social na perspectiva da integralidade. Os relatos das egressas exemplificam o quanto as propostas de Educação em Saúde promovidas pelas atividades de extensão podem ampliar e aprofundar a relação com a comunidade contribuindo efetivamente para agregar novos conhecimentos à formação de enfermeiras.AEducação em Saúde na perspectiva da extensão e da educação popular favorece a articulação dos atores sociais (professores, profissionais de saúde e usuários) envolvidos no processo ensinoaprendizagem.

Nesse sentido, o trabalho lança luzes sobre a importância de que o currículodo curso de enfermagem discuta conteúdos sobre as relações étnico-raciais, os saberes tradicionais em saúde, o saber popular, bem como fundamentos das relações de gênero, classe e poder, elegendo as ações de Educação em Saúde como recurso para viabilizar práticas de complementariedade no processo ensinoaprendizagem a partir da inclusão de propostas pedagógicas participativas em que os sujeitos envolvidos compartilham seus saberes numa perspectiva decolonial. O trabalho sustenta, assim, que através de mudanças na formação dos/as profissionais de saúde é possível contribuir para a transformaçãodo modelo de assistência à saúde e seus determinantes sociais.

A pesquisa traz também uma discussão teórica sobre a colonialidade do saber e do poder, sobretudo apresentando os efeitos da colonialidade sobre o cuidado em saúde na construção do modelo tecnocrático de assistência ao parto no Brasil e na Bahia. Nesse contexto, constatou-se o quanto a cultura da medicalização da vida e sua relação com o biopolítica representa um dispositivo que garante poder à categoria médica, consumo à indústria farmacêutica e a manutenção de uma racionalidade capitalista. Embora o modelo biomédico de atenção à saúde seja hegemônico ele coexiste com outros modelos de assistência mais humanizados e holísticos que resistem também nas práticas e saberes de *Parteiras Tradicion*ais.

A partir dos estudos sobre o Cabula, as características de seu território, sua formação histórico-geográfica e das narrativas das guardiãs que colaboraram com a pesquisa, foi

possível descrever a situação de saúde dessa comunidade e seu vínculo com a UNEB. A pesquisa identificou que a complexidade da situação de saúde do Distrito Sanitário é multifatorial. Contudo, os determinantes sociais daquela população e a baixa cobertura da atenção básica assim como a violência, constituem os principais problemas enfrentados por aquela comunidade, uma vez que o crescimento das morbidades, sobretudo arboviroses, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias comprometem severamente o quadro de saúde naquele Distrito Sanitário. A pesquisa sobre os indicadores epidemiológicos da população do Cabula, dessa forma, aponta para necessidade de mudanças estruturais importantes na sua atenção básica.

No âmbito da assistência ao parto e nascimento, as narrativas das mulheres mais velhas do Cabula vêm carregadas de um sentimento de "não pertencimento" e dos valores imperativos/autoritários que impregnaram o ambiente hospitalar. As guardiãs reconhecem o quanto parto institucional é marcado por intervenções desnecessárias, por uma hipermedicalização, por violências obstétricas e pela falsa ideia de que a mulher não dá conta de ter seus partos sem ajuda médica, numa demonstração clara de que o discurso biomédico construiu uma cultura medicalizada para garantir e legitimar o hospital como espaço ideal do parto.

As narrativas expõem também, mesmo que de uma forma muito cuidadosa, as fragilidades inerentes ao parto institucional onde as mulheres e bebês são desrespeitados em sua dignidade humana sob a justificativa dos protocolos e normas institucionais. Problemas como dificuldade de acesso, excesso de intervenções, hipermedicalização, manobras abusivas, representam algumas das queixas das mulheres que foram ouvidas nessa pesquisa.

As narrativas das mulheres mais velhas do Cabula expressam sentimento de saudade dos tempos em que podiam parir seus filhos em casa, com apoio das parteiras e no aconchego de suas famílias, tempo em que a urbanização era crescente, mas ainda existiam espaços de convivência mais íntima com a natureza, como as matas, roças, fontes e mangues. Embora as narrativas das guardiãs descrevam com riqueza de detalhes o jeito de fazer e de cuidar das parteiras que atuaram no Cabula com mais força até meados da década de 1980, como sendo uma maneira especial de atender no parto, as guardiãs ressaltam que "hoje em dia as mulheres não querem mais parir com parteiras" preferindo ir para os hospitais, ter seus filhos com os médicos numa perspectiva da medicalização da assistência e do controle desses eventos.

Assim, as narrativas oscilam entre o valor da *Parteira Tradicional* e dos avanços tecnológicos numa lógica paradoxal, encontrada também na literatura, que estuda os indicadores epidemiológicos, experiências e representações no campo da obstetrícia,

mostrando que as mulheres pesquisadas também reconhecem as contradições entre os avanços tecnológicos e a qualidade da assistência ao parto.

A pesquisa também encontrou semelhanças entre o que dizem os estudos que investigaram a opinião de mulheres acerca do nível de satisfação com o atendimento recebido durante o parto e a opinião das mulheres mais velhas que foram ouvidas. Aparecem recorrentemente narrativas que denunciam o tratamento recebido e a situação estrutural das instituições onde mulheres do Cabula vão ter seus filhos. Esse achado pode corroborar com os dados encontrados pelo Inquérito Nascer no Brasil (2014), que expôs a situação de assistência ao parto em todas as regiões do Brasil. O quadro de insatisfação revelou que o modelo biomédico apresenta lacunas, inadequações e conflitos que o Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento vêm denunciando desde a década de 1990 quando passou a reivindicar mudanças estruturais na assistência ao parto.

No modelo biomédico a mulher perde a oportunidade de desenvolver saberes e práticas sobre si, potencializando os modos de subjetivação e por consequência reduzindo severamente a sua autonomia. Em contraposição, dentro de vivências que ocorrem em um modelo holista, como as memórias que foram acionadas pelas narrativas das guardiãs, se pode ver mulheres com uma extensa rede de solidariedade, com diferentes percepções sobre tempos e processos da gestação e do parto, engendrando uma extensa gama de ações preventivas e em reação à necessidades surgidas no processo – uso de ervas, chás, banhos de folha, banhos de assento, entre tantas outras – constituindo cuidados integrais que as tomam como pessoas inseridas em um contexto social e cultural com particularidades fisiológicas, psíquicas e espirituais.

Diante dessa constatação e ancorada nas contribuições de Michelle Perrot, esse trabalho assegurou a importância de escutar as mulheres enquanto detentoras da sua própria história e como produtoras de conhecimentos relevantes sobre os cuidados em saúde. Nessa perspectiva, a pesquisa identificou também muitos nós produzidos pelas relações de gênero/poder e relações étnico-raciais nas narrativas das mulheres mais velhas. Seja porque, segundo elas, "é o médico quem deve sab*er",* *seja* porque *"o* marido da parteira foi buscá-la porque não deixava ela partejar", ou por terem passado por situações de violências raciais, aspectos que apareceram nas suas narrativas e que evidenciam a colonialidade e a dominação masculina atuando sobre as mulheres e seus efeitos no processo de assistência ao parto.

A experiência de pesquisa com as mulheres mais velhas mostrou que a legitimidade das parteiras naquele território foi sustentada pela própria comunidade que deu voz a seus

saberes e luz para suas memórias. A comunidade reconheceu e reconhece a sua importância abençoando meninos e meninas que nasceram sobre seus cuidados e lhes guardam o respeito de madrinha.

As memórias de gestações, partos e parteiras também nos possibilitou uma caminhada sobre outro tempos. Tempos em que o Cabula era um lugar livre e calmo, onde se podia mergulhar na fonte de Dona Deja lá na Mata Escura; e nos riachos, lagoas das Barreiras. Onde podia se colher nas pitangueiras e jenipapeiros do sítio de Sr. Betinho, um lugar onde o fumo de corda era encontrado na vendinha de Sr. Lalau. Um território de solidariedade, da vizinhança amiga que vinha acudir na hora do aperto, onde o Sr. Josué rezava e sambava pra fazer o menino nascer ligeiro. Essas memórias revelaram também a forte conexão que o cabuleiro tinha com o tempo dos ciclos da natureza. As parteiras pediam para engordar o capão pra fazer o pirão da parida, para plantar milho e mandioca para alimentar as mães dos meninos que mamavam e arrotavam com saúde e alegria. No *Cabula de antes*, descrito nas memórias das guardiãs, as vizinhanças eram solidárias e acudiam as mulheres antes e depois dos partos, cuidavam das crianças, apartavam as brigas de marido e mulher, amparadas pelo sentimento de amizade, afeto que era construído fortemente na figura feminina.

As narrativas também registram formas diferentes de ser parteira, umas bem corajosas mas outras nem tanto, umas que se reconhecem como parteiras e aquelas que só queriam ajudar, umas que ofereciam o banho de assento, banhos de folhas, massagens e chás e outras que preferiam ajeitar o menino na barriga pra ajudar no parto. Umas que cultivavam flores e ervas medicinais para ajudar no trabalho de parto e outras que levavam o bebê para ser examinado pelo médico na maternidade. Umas que rezavam e benziam de espinhela caída, outras que ouviam o orixá soprar no ouvido para avisar como fazer na hora do parto, aquelas que contavam com ajuda do Caboclo, e outra com a ajuda do Senhor do Bonfim.

Nessa diversidade de características, as memórias das mulheres mais velhas do Cabula trouxeram generosamente as figuras de *Parteiras Tradicion*ais como Dona Jardelina, Dona Nilza, Dona Ceiça, Dona Maria da Mata Escura, Dona Maria do Tancredo, Dona Epifânia, Dos Anjos, Dona Mariquinha, Dona Augusta, Dona Lalinha e Dona Vilma, todas elas investidas de reconhecimento, autoridade e relevância social no território do *Cabula de antes.*

Essas parteiras tinham muito para ensinar porque elas sabiam sobre a vida, sobre as ervas, sobre os cuidados. Elas detinham a arte de partejar apreendida por oralidade com aquelas outras mulheres da cadeia familiar, por herança daquelas que guardam o saber

construído cotidianamente. Assim como aquelas parteiras tinham muito para ensinar, as mulheres que guardam seus cuidados em suas memórias ainda nos ensinam muito. As bocas que se abriram para contar tais histórias demonstraram ser uma fonte valiosa de ensinamentos transmitidos pelas palavras e pela força da energia que emanam.

Por fim, a experiência de ouvir as *guardiãs* de memórias sobre gestações, partos e sobre o saber da *Parteiras Tradicion*ais, representou a consagração da parteira parida pela vida e me ensinou muito sobre a dedicação e o valor das mulheres, dos laços e dos afetos que foram cultivados ao longo da minha história de parteira. Mergulhar no território do Cabula para ouvir essas mulheres revelou a complexidade do tema desta pesquisa e sinaliza a pertinência de ampliar e aprofundar os conhecimentos ali guardados e reverenciados pelas mulheres mais velhas por uma ancestralidade demarcada pela resistência e pela sacralidade. As estudantes de enfermagem que se formam no território do Cabula merecem ser presenteadas com esse tesouro vivo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.S.S. **Falamos em nosso próprio nome:** estudantes do quilombo Cabula, 2007. Disponível em: <www.cbg2014.agb.org.br/resources/.../1/1404308321_ARQUIVO_ArtigodaCBG.pdf>. Acesso em: 03 jul. de 2016.

ALMEIDA, G.S.S. **Falamos em nosso próprio nome:** estudantes do quilombo Cabula, 2007. Disponível em: <www.cbg2014.agb.org.br/resources/.../1/1404308321_ARQUIVO_ArtigodaCBG.pdf>. Acesso em: 03 jul. de 2016.

AMADO, J. (Coord.). **Manual de Investigação qualitativa em educação**. 2ªed. Coimbra: Universty Press, 2014.

AMORIM, G. Casos de chikungunya crescem 741,5% em Salvador**.Jornal Correio.** 07.05.2020 Disponível em: https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/casos-de-chikungunya-crescem-7415-em-salvador/, Acesso em: 08out. de 2020.

ARAÚJO, M.V.R; TEIXEIRA, C.F. As organizações do Movimento Negro e o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2006-2014).*In:* TEIXEIRA, C.F. **Observatório de análise política em saúde:** abordagens, objetos e investigações [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 187-225. ISBN 978-85-232-2021-1.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARRETO, M. R. N. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista.**História, Ciências, Saúde –** Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.4, out.-dez. 2008.

BARROS, M. de N. A.. **As deusas, as bruxas e a igreja:** séculos de perseguição. Rio de janeiro: Record rosa dos tempos 2001.

BARROS, P. C. ; CARVALHO, J. E. ; PEREIRA, M. B. F. L. O. Um Estudo sobre o Bullying no Contexto Escolar. Congresso Nacional De Educação - EDUCERE, 9, Curitiba, Brasil, 2009 – **Políticas e práticas educativas:** desafios da aprendizagem: actas. Curitiba: Champagnat, 2009. p. 5738-5757.

BATISTA, L. E.; WERNECK J.; LOPES, F. (Org.). **Saúde da população negra.** 2. ed.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**, v.I, II. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BERTAGNOLLI, G. L**.** Da colonialidade à descolonialidade**:** diálogos de ciências a partir de uma "epistemologia do sul" - uma análise de comunidades quilombolas. R**ev. Grifos,** N. 38/39, 2015.

BERTOLDI, M. R. Saberes tradicionais como patrimônio cultural imaterial dinamizador do desenvolvimento sustentável. **Revista Novos Estudos Jurídicos**, Itajaí, v. 19, n. 2 mai./ago., p. 559-584. 2014. Disponível em: <http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/6018/pdf_1 >. Acesso em: 06 nov. de 2017.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de velhos.** 19a ed. 2016. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos.** 19ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Caderno temático Direitos Humanos versão preliminar.** Brasília, 2015.

BRASIL, Ministério Da Saúde.**Distribuição Unidades Básicas de Saúde em Funcionamento –** UBS. Disponível em: https://dados.gov.br/dataset/ubs_funcionamento. Acesso em: 8 out. de

2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília: MS; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1459, de 24 de junho de** 2011. Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha. Diário Oficial da União**.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1020, de 13 de maio de 2009.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a política nacional de atenção às urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.**Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Parâmetros Curriculares Nacionais: orientação sexual.** Secretaria da Educação Fundamental. MEC/SEF. Brasília; 1997.

CARDOSO, M.O;VIEIRA. L.M.S.Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007).**Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 28(7):1273-1284, 2012.

CAREGNATO, R. C. A; MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa**: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto contexto - enferm. [online]. 2006, vol.15, n.4, pp.679-684. ISSN 0104-0707. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400 017.>. Acesso em: 10 jul. De 2017.

CASTRO, Y.P**. Falares africanos na Bahia.** Rio de Janeiro: Topbooks, 2001.

=

DA SILVA, A.G. **A parteira do Monte Azul**. Salvador-Bahia, JM Gráfica e Editora Ltda, 2010.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth.Austin (Tex): **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, 75:5-23. 2001.

DIOP, Cheikh Anta. **A origem africana da civilização Mito ou Realidade.** The African

Origin of civilization. This translation and edited condensation copyright Lawrence Hill & Co, 1974.

D'ORSI, E; et al . Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014.

ÉSTES, C. P. **A Ciranda das mulheres sábias:** ser jovem enquanto velha, velha enquanto jovem. Rio de Janeiro. Rocco. 2007.

FANON, F. **Pele negra Máscaras Brancas**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 7- 191.

FARIAS, KP. CROSSETTI, MGO. GÓES, MGO. PROTELLA, VC. Práticas em saúde: ótica do idoso negro em uma comunidade de terreiro. **Rev Bras Enferm**, 2016.

FERNANDES, C.M. ; CARVALHO, I.M.M.Organização do território e desigualdades sociais na Região Metropolitana de Salvador**.***In:* CARVALHO, I. M. M; PEREIRA, G. C. Salvador: **Transformações na Ordem Urbana.**1ªed., Rio de Janeiro: Letra Capital : Observatório das Metrópoles. 2014. p.174-198.

FERNANDES, R. B. **Las políticas da la vivienda en la ciudad de Salvador y los processos de urbanización popular en el caso del Cabula**. Tese (Doutorado em Geografia Humana) - Universidad de Barcelona, Espanha.2000.

FERNANDES, R. B. **Las políticas de la vivienda en la ciudad de Salvador y los processos de urbanizacíon popular en el caso del Cabula**. Universidade Estadual de Feira de Santana, 2003.

FERNANDES, R. B. et al. O crescimento urbano em Salvador e os impactos ambientais na formação do Cabula, bairro popular estratégico da cidade. Biblio 3W, **Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales,** Universidad de Barcelona, Vol. IX, nº 521, 2004.

FIGUEIRÊDO, Alessandra Aniceto Ferreira de. QUEIROZ, Tacinara Nogueira de. **A utilização de rodas de conversa como metodologia que possibilita o diálogo**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2012.

GALVÃO, Mary Lúcia Souto. RAMOS, Ticiana Osvald. GOMES, Maiara de França. BARROS, Fernanda de Santana. SILVA, Francisca de Paula Santos da. Memórias de saberes tradicionais no antigo quilombo cabula (salvador – bahia): percursos entre narrativas de parto**. Revista Encantar - Educação, Cultura e Sociedade -** Bom Jesus da Lapa, v. 1, n. 1, p. 28-43, jan./abr. 2019.

GOES, E. F; **RAMOS, D. de O. FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19.Trab. educ. saúde,** Rio de Janeiro , v. 18, n. 3, 2020.

GOES, E. F; RAMOS, D. de O. FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19.**Trab. educ. saúde,** Rio de Janeiro ,v. 18, n. 3, 2020.

GOMES, A. M.da S **Rotas e diálogos de saberes da etnobotânica transatlântica negro-**

**africana:** Terreiros, Quilombos, Quintais da Grande BH. Departamento de Geografia - Universidade Federal de Minas Gerais. MG - Brasil. Julho de 2009.

GOMES, N. L.Trajetórias escolares, corpo negro e cabelo crespo: reprodução de estereótipos e/ou ressignificação cultural?**Revista Brasileira de Educação**, nº 21, set./dez. 2002. p. 40-51.

GONÇALVES, C. W. P. "Geografia da violência no campo brasileiro: o que dizem os dados de 2003", **Revista Crítica de Ciências Sociais,** nº 75, pp. 139-169. 2003.

GONÇALVES; R de C. LISB**OA,** T. K. **Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida.** The life trajectories modality of oral history. Universidade Federal de Santa Catarina. **Rev. katálysis** vol.10 no.spe Florianópolis, 2007.

GOUTAGNY, P. Le monde du géographe. *In:* Retaillé, D. (Dir.). Paris: **Presse des Sciences.**1997.

GOUVEIA, A. T. A. **Um olhar sobre o bairro:** Aspectos do Cabula e suas relações com a cidade de Salvador. Dissertação (Mestrado em Geografia)- Instituto de Geociências, UFBA. 2010.

GROSFOGUEL, R.Para Descolonizar os Estudos de Economia Política e os Estudos Pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. In: **Epistemologias do Sul /** org. Boaventura de Sousa Santos, Maria Paula Meneses. – (CES)2005 ISBN 978-972-40-3738-7

GUTIERREZ, D.M.D; MINAYO, M.C.D.S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.15, 2010.

GUTMAN, L. **A maternidade e o encontro com a própria sombra**. Rio de Janeiro: Best Seller. 4ª edição, 2013.

HALBWACHS M.. **A Memória Coletiva.** Livro de 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA(IBGE). Diretoria de Pesquisas Coordenação de População eIndicadores Sociais. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2017:** breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro; 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.( IBGE) **Censo Demográfico 2010**. Metodologia do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

IPEA. **Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.** Meta 3.1. Brasil. 2019. Disponível em:<https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html> Acesso em: 6 set.de 2020.

JUCÁ, L; MOULIN, N. (Org.) **Parindo um mundo novo:** Janete Capiberibe e as Parteiras do Amapá. São Paulo: Cortez, 2002.

LEAL de BARROS, M. **Mulher e Mãe (de santo):** transmissão psíquica geracional e

elaboração de feminilidade na “passagem do bastão**”**. Cultures kairós. 2015.

LEITE, M.F. Aprendizados que só acontecem com disponibilidade de entrega à experiência.*In:* VASCONCELOS, E.M; CRUZ, P.J.S.C; **Educação popular na formação universitária:** Reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec, 2011.

MAGNO, L. *et al* . Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil.**Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro , v. 25, n. 9, p. 3355-3364, 2020.

MANDARINO, A.C.S; GOMBERG, E. **Leituras afro-brasileiras:** territórios, religiosidades e saúdes. Salvador. EDUFBA, 2012.

MARINHO, A;CASTRO, R; AIRES, W. P. **Aspectos e influências do neoliberalismo e da globalização no Brasil**: seletividade de classes. 2016.

MARTINS, L. C. A. **História Pública Do Quilombo Do Cabula**: representações de resistências em museu 3D aplicada à mobilização do turismo de base comunitária. Tese ( Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento)- Faculdade de Educação, UFBA. Salvador. 2017.

MATTA, A. **História da Bahia:** licenciatura em história**.** Salvador: Eduneb, 2013.

MATTOSO, K**. Bahia, a cidade do Salvador e seu mercado no século XIX.** Salvador: Hucitec, 1978.

MELO, C.P.L. **A (des)colonialidade do parto**: reflexões sobre o movimento de humanização da parturição e do nascimento. 2013. Apresentação de Trabalho/ Congresso. Disponível em: <actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT6/GT6_PimentelLopesDeMelo. pdf>. Acesso em: 10 jul. De 2017.

MORRETO, V.P. **Construtivismo:** a produção do conhecimento em sala de aula. Rio de Janeiro (RJ): DP&A; 1999.

MOTT, Maria Lúcia. **A parteira ignorante:** um erro de diagnóstico médico?Universidade de São Paulo. 1999.

MOTT, Maria Lúcia. **Parteiras: o outro lado da profissão.** Gênero: Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero, Niterói, v.6, n.1, p.117-140. 2005.

MOURA, Adriana Borges Ferro. LIMA, Maria da Glória Soares Barbosa. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível**.Interfaces da Educ.,** Paranaíba, v.5, n.15, p.24-35, 2014.

MUNANGA, K.**Negritude**: usos e sentidos. São Paulo: Ática, 1988.

MUYLA**ERT, C. J. et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa**. **Rev Esc. Enferm.** Univ. São Paulo. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00184.pdf> Acesso em: 27 Jul. 2016.

NASCIMENTO, ABDIAS. Quilombismo: um conceito científico emergente do processo histórico-cultural da população afro-brasileira. *In*:___. **O Quilombismo,** 2ª ed. Brasília/ Rio: Fundação Cultural Palmares/ OR Editora, 2002, p.

NATIVIDADE, M. dos S. *et al* . Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil.**Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 9, p. 3385-3392, Sept. 2020.

NICOLIN, J. de S. **Ecos que entoam uma mata africano-brasileira**. Salvador: Edufba, 2014.

NICOLIN, J. de S. **Kipovi Cabuleiro: Um tom de Memória do Cabula.** 2016. Tese (Doutorado em Educação e Contemporaneidade) – Universidade Estadual da Bahia, Salvador, 2016.

NZINGA, A. Patrimônio (I)Material E Cultura Afro-Brasileira: O Apagão Histórico Intríseco e O Silêncio Sobre A Quem de Invisibilidadede Direito. **Revista Ensaios e Pesquisa em Educação e Cultura** – 2019.1 / v. 06. P.87-94, 2019.

OBSERVASSA. Observatório de bairros de Salvador. **Cabula.** [2010?]. Disponível em: https://observatoriobairrossalvador.ufba.br/bairros/cabula. Acesso em: 7 de out.de 2020.

OLIVEIRA, E. D. de.. Epistemologia da Ancestralidade. Entrelugares: **Revista de Sociopoética e Abordagens Afins**, v. 1, p. 1-10, 2009.

OLIVEIRA, **E. D. de Filosofia da Ancestralidade como Filosofia Africana:** Educação e Cultura Afro-brasileira. **Revista Sul-Americana de Filosofia e Educação**, v. 18, p. 28-47, 2012.

ORTIGARA. R.J. Colonialidade do poder, exclusão social e crise: Interseccionalidades e uma possível alternativa a partir da perspectiva socioambiental. **Revista de Movimentos Sociais e Conflitos,** Brasília, v.2, p.40-62, 2016.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil:** o lugar do não-médico. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

OSAVA, R. H. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIROA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição "Mulheres e práticas de saúde".**Hist. cienc. saude-**Manguinhos [online]. 2018, vol.25, n.4, pp.1039-1061. ISSN 1678-4758.

PEDROSA, J. I. S. Avaliação das práticas educativas em saúde. *In:* VASCONCELOS, E.M., organizador. **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde.São Paulo (SP): Hucitec; 2001. p.261-81.

PEREIRA, L. M. L. **Relatos orais em ciências sociais**: limites e potencial. Análise & Conjuntura, v. 6, n. 3, Belo Horizonte, Set/Dez, 1991.

PERROT, M. Práticas da memória feminina. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 9,

n. 18, p. 9-18, ago./set. 1989.

POLLACK, M. Memória, Esquecimento, Silêncio.**Estudos Históricos**. Rio de Janeiro, Vol. 2. n. l, 1989.

POUPART, Jean. et al. **A Pesquisa Qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução Ana Cristina Arantes Nasser. Petrópolis – Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

PRANDI, R. **Candomblé e o tempo:** concepções de tempo, saber e autoridade da África para as religiões afro-brasileiras. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 16, n. 47, p. 43-58, 2001.

QUIJANO,A.Colonialidade do Poder e Classificação Social.*In*:**Epistemologias do Sul** / org. Boaventura deSousa Santos, Maria Paula Meneses. – (CES).2005 ISBN 978-972-40-3738-7

REIS, J. J. **Quilombos e revoltas escravas no Brasil**. Povo Negro: Revista USP, São Paulo. 1995/96.

REIS, J. J. **Rebelião escrava**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

RODRIGUES, C.C.F.M*; et al.***Ensino inovador de enfermagem a partir da perspectiva das epistemologias do Sul.** Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0384.pdf>.

SALVADOR. **Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do Município de Salvador (PDDU)**. Lei nº 9.069 /2016. Poder Legislativo, BA.2016.

SALVADOR**. Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, v.1. Prefeitura Municipal de Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2017a.

SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, v.2. Prefeitura Municipal de Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2017b.

SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, v.2. Prefeitura Municipal de Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2017b.

SALVADOR. Secretaria Municipal Da Saúde. **II Diagnóstico de Saúde da População Negra de Salvador.** Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra, Salvador, 2015.

SANTOS, A. B. **Colonização, quilombos:** modos e significações. 2ªEd. Brasília: INCT/UnB, 2019.

SANTOS, B. S. **Para um novo senso comum**: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo (SP): Cortez; 2001.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, B.S; MENESES, M.P. Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, J. R. dos. A inserção do negro e seus dilemas. **Parcerias Estratégicas,** n.6, .110-154, 1999.

SEGATO, R. L. **Gênero e colonialidade:** em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. E-cadernos CES, 18 |2012, publicado 01 dezembro 2012.

SILVA, V. R. R. A gênese do debate e do conceito de quilombo.**Cadernos CERU**, série 2, v. 19, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ceru/article/view/11853>. Acesso em: 10 jul. de 2017.

SIQUEIRA, K. M. et al. **Crenças populares referentes à saúde:** apropriação de saberes sócio-culturais. Texto contexto - enferm. Florianópolis jan./mar. 2006, v.15 n.1 ISSN 0104-0707. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000100008>. Acesso em: 15 mar. de 2018.

SODRÉ, M. **O terreiro e a cidade**: A forma social negro- brasileira. 1. ed. Savador: Bahia: Prosa e Poesia, 2002. p. 7-93.

SOUSA, P. S. M. de. **As parteiras e os médicos:** a inserção do gênero masculino numa realidade feminina (séculos XIX e início do século XX) Dissertação (mestrado em História) Universidade Federal de Pernambuco. CFCH, História, 2005.

SOUZA, E. C.. Autobiografias, histórias de vida e prática de formação**.***In*: NASCIMENTO, AD., and HETKOWSKI, TM., orgs. **Memória e formação de professores** [online]. Salvador: EDUFBA, 2007. 310 p. ISBN 978-85-232-0484-6. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>. 2007.

SOUZA, E. C.. Biografia, identidades e alteridade: modos de narração, escritas de si e práticas de formação na pós-graduação- **Revista Fórum Identidades,** 2008.

SOUZA, H. P. **Coletivo Cultarte:** Limites e Possibilidades para Autonomia e Empoderamento de Mulheres no Antigo Quilombo Cabula. Tese (Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento)- Faculdade de Educação, UFBA. Salvador. 2018.

SOUZA, H. P. **Coletivo Cultarte:** Limites e Possibilidades para Autonomia e Empoderamento de Mulheres no Antigo Quilombo Cabula. Tese (Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento)- Faculdade de Educação, UFBA. Salvador. 2018.

THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas conseqüências: o exemplo da França no período entre as duas guerras.**Rev. Estud. Fem.** [online]. 2002, vol.10, n.2, pp.415-426. ISSN 1806-9584.

THEOTONIO, A. C. R.. **Entre ramos de poder:** rezadeiras e práticas mágicas na zona rural de Areia - PB /Andrea Carla Rodrigues Theotonio. ─ Campina Grande, 2010. 124 f.: il.

TOKARNIA, M. **Estudo mostra que 1,3 milhão de jovens de 15 a 17 anos abandonam a escola**.Agência Brasil. Brasília: 2016. Disponível em: Acesso em: 07 mai.de 2018.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Universidade do Estado de Santa Catarina**. Revista Estudos Feministas.** Versão impressa ISSN 0104-026x Versão On-line ISSN 1806-9584 Rev. Estud. Fem. v.10 n.2 Florianópolis jul./dic. 2002.

VALENTIM, R. P. F. de; TRINDADE, Z. A.Modernidade e comunidades tradicionais: memória, identidade e transmissão em território quilombola. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo , v. 11, n. 22, p. 295-308, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2011000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. de 2019.

VALENTIM, R. P. F. de; TRINDADE, Z. A.Modernidade e comunidades tradicionais: memória, identidade e transmissão em território quilombola. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo , v. 11, n. 22, p. 295-308, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2011000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. de 2019.

VIANNA FILHO, L. **O Negro na Bahia**. Rio de Janeiro: J. Olympio,1946.

WALDOW, V.R. Cuidar/Cuidado: O domínio unificador da enfermagem. *In:* WALDOW, V.R; LOPES, M.J.M; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-30.

WESTPHAL, M.F; BÓGUS, C.M; FARIA, M. M. **Grupos focais:** experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Oficina Sanit Panam, 1996.