

PARTEIRAS, BUCHUDAS E APERREIOS

Uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial
na cidade de Melgaço, Pará

Soraya Fleischer

PARTEIRAS, BUCHUDAS E APERREIOS

Uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial
na cidade de Melgaço, Pará



Belém • 2010

À Tabita Bentes dos Santos e à Claudia Fonseca,
ambas profundamente compromissadas
com a continuidade de seus ofícios.

Ao Cael, sempre com o frescor dos
“Amants du Pont-Neuf”.

À Cecília e ao Leon, por me ensinarem
os caminhos da esperança.

• S U M Á R I O •

PREFÁCIO	11
Claudia Fonseca	

INTRODUÇÃO	
Por que um livro sobre parteiras, <i>buchudas</i> e <i>aperreios</i> ?	17

CAPÍTULO UM	
Rios, florestas e alteridade: Chegando à região de Melgaço, Pará	53

CAPÍTULO DOIS	
A <i>puxação</i> no parto: Manipulando barrigas, manipulando significados.....	89

CAPÍTULO TRÊS	
Do <i>chamado ao contrato</i> : Transformações sobre a reciprocidade entre parteiras, parturientes e seus maridos	153

CAPÍTULO QUATRO	
<i>Parto para casa</i> ou <i>parto para hospital</i> : Aperreios, riscos e o local do parto como território social	209

CAPÍTULO CINCO	
“ <i>Quem sabe não mede. Quem não sabe mede três dedos</i> ”: Legitimidade e autoridade em disputa entre parteiras	251

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	303
AGRADECIMENTOS	309
GLOSSÁRIO	315
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	329

Onde tem mulher sofredora, tem parteira.
Parteira pernambucana, Maracáipe, PE,
setembro de 2005

*Trabalha-se com as mãos ao escrever, mas antes já se olhou, já se chorou
ou sorriu,
já se sonhou.*

*Escrevo porque gosto de contar histórias, e porque há uma voz interna
que vai contando coisas a mim, e depois aos outros.*

Ondjaki, entrevista ao jornal Zero Hora, 05/08/2006

*Eu me deslocava, me aproximava e me distanciava dele, com o intuito
de visualizar o rosto; queria descrevê-lo minuciosamente, mas descrever
sempre falseia.*

Além disso, o invisível não pode ser transcrito e sim inventado.

Milton Hatoum, “Relato de um certo oriente”

• P R E F Á C I O •

Claudia Fonseca

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

O leitor desse livro está com uma viagem incomum pela frente. Vai amarrar sua rede, junto com a autora, nos postes do “gaiola” – barco que segue o rio Pará de Belém até a pequena cidade de Melgaço – vivendo momentos de medo, de perplexidade e de exaltação. Vai ter o prazer de ler uma prosa acessível que dá cor, cheiro e calor ao ambiente, ao mesmo tempo em que dota as personagens de grande profundidade. Mas, graças à direção segura de Soraya, um piloto que conhece bem o caminho, vai terminar a leitura com muito mais do que uma aventura exótica. De fato, o exotismo é justamente o que a autora quer evitar. Apoiada numa discussão bibliográfica de ponta, em interlocução tanto com clássicos quanto com autores da vanguarda contemporânea da antropologia, ela recusa a perspectiva orientalista que divide o mundo em “tradicional” e “moderno”. E resiste à tentação de adjetivar suas parteiras, como “tradicionalistas”, “leigas”, “empíricas” ou “capacitadas”. Ao invés, aproveita a história de suas personagens para traçar redes que conectam o “global” (políticas da Organização Mundial de Saúde, programas de organizações não governamentais) e o “nacional” (políticas de saúde pública, os hospitais e postos de saúde) às casas das parteiras de Melgaço e às *buchudas* (mulheres grávidas) que elas cuidam. E, no processo, mostra as complexas dimensões da realidade “híbrida” que todas vivem.

Sentimos, desde o início do texto, o espírito engajado da pesquisadora. Uma das motivações originais para fazer essa pesquisa era colaborar com planejadores, profissionais médicos e ONGs feministas, para reduzir a taxa de mortalidade materna

no Brasil. Entretanto, vemos como, no decorrer de meses acompanhando não só os partos, mas a vida de seus interlocutores, a autora vai deixando seu “jaleco invisível” que, aos olhos dos aldeões, a identifica às enfermeiras das ONGs e às “doutoras” do posto. Deixa de lado o roteiro de perguntas focadas que trouxe da fase teórica da pesquisa, e começa a seguir os “roteiros” das conversas do dia a dia. Esse procedimento etnográfico não a afasta do foco (depois de tudo, seus interlocutores também estão preocupados em garantir a saúde das parturientes e seus bebês), mas a leva por desvios importantes. Ao aproximar-se das práticas e dos discursos não-oficiais, a pesquisadora aprende a apreciar a fundamental criatividade das pessoas na sua interlocução com os serviços e servidores de saúde com os quais se deparam. O saldo do esforço é um texto que contribui não só para a reflexão antropológica, mas também para pesquisas na área de biomedicina que propõem acerrar os “aspectos socioculturais” do parto.

Tendo como eixo a trajetória biográfica de D. Dinorá, mas sem ignorar a diversidade de experiência das 21 parteiras dessa pequena comunidade, a autora mostra como a atuação dessas mulheres vai muito além do momento do parto. Além de cuidar de uma diversidade de dores e problemas ginecológicos, são chamadas para confirmar a gravidez, acompanhar o desenvolvimento do feto, prever situações de risco, garantir uma boa recuperação durante o período de resguardo e explicar os procedimentos da declaração de nascido vivo em Cartório Civil. Ao mesmo tempo, o desenrolar do texto etnográfico mostra claramente que a vida dessas mulheres não se limita ao seu papel profissional de parteira. Aprendemos o quanto suas relações sociais são cruciais para sua prática profissional – como, muitas vezes, aprendeu o ofício “no susto”, incumbida a agir durante o parto súbito de sua mãe ou de uma vizinha; como – especialmente na cidade – as relações de vizinhança ou a intrincada negociação com o marido da parturiente vai determinar o rumo que toma o tratamento. Os homens, muito presentes nessa análise, também aparecem enquanto esposos das parteiras. Sem a tática

aceitação de seus companheiros, as parteiras não teriam a mesma liberdade para circular pela cidade e rio acima (ou abaixo), saindo a todas as horas da madrugada, se ausentando às vezes durante dias (até terminar o resguardo da paciente).

É na questão do pagamento (ou não) dos serviços – também um tema que envolve a rede de relações sociais e de gênero – que encontramos uma surpreendente relevância dessa obra para debates de antropologia econômica. Para entender o que a parteira considera um justo retorno por sua “ajuda”, adotamos a teoria de reciprocidade (Mauss), assim como a análise que contesta a separação de dinheiro e afeto em dois “mundos [mutuamente] hostis” (Zelizer). A questão é como, quando e quanto pagar à parteira pelo seu “dom” de partejar (considerado por alguns como consequência de um “treinamento por Deus”). Aqui descobrimos a contextualidade dos valores através da análise de uma série de mudanças: a mudança geográfica das parteiras que iniciaram sua prática em localidades ribeirinhas, deslocando-se depois para a cidade; modificações no leque de possibilidades para ingressos na família; novos padrões de consumo e a importância crescente do dinheiro; a concentração populacional de parteiras e parturientes (que proporciona às clientes uma maior “escolha” ao mesmo tempo que permite às parteiras “selecionar” sua clientela); a incorporação das parteiras (ainda que como voluntárias) no sistema de saúde a partir de cursos de capacitação e a presença semi-oficial nos hospitais... Apesar dos muitos debates (entre teóricos, assim como entre “nativos”), terminamos convencidos do argumento da autora (expresso também pelas parteiras) de que o tabelamento de preços não afeta a centralidade do laço entre parteira e parturiente – o efeito moral da “troca” na produção de uma relação de confiança e sentimento amistoso.

Depois desses “desvios”, chegamos mais preparados à discussão pormenorizada do “risco” e dos fatores relevantes à mortalidade materna. Numa das passagens mais dramáticas do livro, assistimos a um parto no escuro da noite (num casebre sem luz elétrica) em que a criança, vindo “de pé”, trancou no

meio. A mãe tinha feito visitas pré-natais em Belém, sendo informada que se tratava de uma “gravidez de risco”. Mas precisava “dar um pulo” em Melgaço para receber uma pensão. As parteiras, convocadas de repente quando a mulher começou a sentir as dores do parto, não tinham acompanhado a gravidez, mas logo reconheceram que a situação estava complicada. Entretanto, também sabiam que, àquela hora da noite, a “unidade” (posto de saúde) estava com as portas trancadas e que o único médico da cidade estava numa festa, e, provavelmente, num estado inebriado. Quando finalmente o médico (titubeante) foi chamado, ficou só alguns minutos – o tempo suficiente para dizer que não conseguiria fazer nada naquelas condições. Foi embora dizendo que ia procurar um barco para levar a parturiente para um hospital em Breves (cidade vizinha), mas nunca mais deu retorno. Afinal, foi preciso a ciência de três parteiras trabalhando juntas para completar a expulsão da criança (já morta) e, apesar “daquelas condições”, salvar a vida da mãe.

Recorrendo a um grande repertório de casos, a autora usa esse episódio, junto com mais três (que terminam melhor), para detalhar os elementos do risco da perspectiva das parteiras. Estas sublinham, além de complicações físicas da gravidez, o perigo de a parturiente ser uma pessoa sem rede social para ampará-la no caso de urgência. A parteira só consegue desempenhar bem seu papel quando lhe é dada a oportunidade de acompanhar toda a gravidez, conhecendo a situação social da mulher e usando as mãos para “decifrar todos os ingredientes da criança” durante periódicas puxações (massagens no ventre da parturiente). Ironicamente, na disputa de saberes que envolve campanhas da OMS procurando aproveitar parteiras “tradicionais” para compensar a precariedade do sistema público de saúde, é esse tipo de habilidade/conhecimento – a “puxação”, solicitada pelas clientes e valorizada pelas parteiras – que é mais criticado.

Se a antropóloga entra nessa disputa de saberes (sobre quais habilidades/conhecimentos são relevantes na tomada de decisões), é para equilibrar o debate. E faz isso não em nome

do relativismo radical ou da “preservação cultural” da tradição (nota-se que, na sua análise, a autora evita os termos “cultura” e “cultural”); tampouco o faz em nome de um romantismo calcado em alguma noção “natural” ou “originária” de um parto “humanizado”. Procede, acima de tudo, a partir de uma abordagem que privilegia as práticas – a aproximação de uma realidade concreta. Forma suas considerações a partir das vivências heterogêneas dos melgacenses, a partir de seus conflitos entre eles e com “agentes externos” à comunidade. É esse “caminho” metodológico e teórico que problematiza as soluções fáceis ditas por um lado ou outro da “disputa de saberes”. A postura da autora também se explica pelo fato de ter invertido o caminho originalmente previsto: “ao invés de partirmos dos cursos para compreender como estes afetavam a comunidade de parteiras, [resolvemos] partir destas mulheres e, só então, perceber se e como os cursos eram uma realidade relevante para elas”. O grande mérito desse livro é que a autora leva o leitor junto com ela na viagem, mas também o traz de volta, com perspectivas novas, para casa. Depois da leitura desse volume, será difícil reviver as disputas de saber – no mundo acadêmico ou biomédico – sem ouvir as vozes das parteiras de Melgaço.

Porto Alegre, junho de 2010.

• I N T R O D U Ç Ã O •

Por que um livro sobre parteiras, *buchudas* e *aperreios*?

Esse livro trata da prática de parteiras no interior do Estado do Pará no contexto globalizado da primeira década do século XXI – o que envolve a análise da interação de elementos tão diversos quanto as relações de parentesco, a atuação do sistema de saúde nacional, e cursos de formação oferecidos por organizações não governamentais. Cheguei ao tema a partir de uma preocupação típica das ciências sociais da saúde – querendo entender a influência dos cursos de formação numa comunidade “local”. Mas logo percebi o perigo da minha análise ser cooptada pelo enfoque biomédico – um que se nortearia (pelo menos implicitamente) pela pergunta: como podemos corrigir a prática dessas “parteiras tradicionais”, tirando-as do “atraso” e assim garantindo os benefícios da “medicina moderna”? Querendo aproveitar plenamente a abordagem antropológica, minha proposta foi outra – entender a “visão nativa”, integrando a *prática* de parteiras dentro da análise do modo de vida “*local*”. Optei, portanto, por centrar a discussão em uma etnografia pormenorizada da vida cotidiana das parteiras, sem no entanto cair no erro de monografias antigas, isto é, sem me limitar a uma “história natural” do grupo, como se fosse exótico e isolado. Assim, espero que os resultados da pesquisa reflitam essa caminhada que vai da indagação inicial (dominada pelas ciências da saúde) para as constatações finais (informadas pelo olhar etnográfico). A originalidade desse trabalho seria justamente no esforço de ir além das dicotomias usuais (tradição/modernidade etc.), além da preocupação funcionalista (como modificar as práticas locais), para ressaltar a dimensão social (redes familiares etc.) e simbólica (saberes locais, hierarquias de prestígio) que englo-

bam os elementos “de dentro” e “de fora”, conferindo um sentido à prática *atual* das parteiras.

Aqui, meu foco não será procurar necessariamente as convergências entre as práticas das mulheres que atendiam partos na região de Melgaço. Os conflitos de sentido também se apresentam com muita força para nos ajudarem a evitar binarismos imediatos ou a homogeneização confortável da realidade. Concepções sobre o “parto” e sobre as “ações” das parteiras serão sucessivamente multiplicadas e, espero, complexificadas. O resultado poderá ser um processo de “dessacralização” das ideias que o senso comum tem guardado das parteiras, mas também poderá transparecer como o “cuidado” e um “papel organizador” são realidades muito presentes no ofício destas mulheres. Nem anjo, nem demônio; nem altruísta, nem egoísta; nem modelo de atendimento, nem vítima do sistema biomédico – nenhuma polaridade tradicional como essas renderá muita discussão neste livro. Minha convivência com estas parteiras me levou a perceber como não necessariamente desmedicalizavam o parto, mas tampouco o patologizavam ao extremo. No final das contas, as atendentes de Melgaço nos ajudarão a conhecer um pouco melhor a realidade da saúde amazônica, inclusive sua contraparte hospitalar, sobretudo confrontando a panaceia salvacionista da “humanização do parto”. Talvez o compromisso destas parteiras com suas pacientes – mulheres tão semelhantes a elas próprias – seja a melhor contribuição ao movimento humanizador e não exatamente a esperança de desmedicalizar o cenário obstétrico.

1. A primeira aproximação com o tema

Quando primeiro me interessei por conhecer mais de perto o parto domiciliar no Brasil, fui imediatamente à internet. Nos primeiros sítios virtuais, quem surgiu não foram “elas”, as parteiras, mas “outras”, falando delas e por elas. Eram depoimentos de mulheres das classes médias urbanas que de-

nunciavam abusos médicos sofridos durante suas gestações e, mais especialmente, em seus subseqüentes partos hospitalares. Rechaçavam a interferência médica nas decisões sobre quando, onde e como parir. Muitas haviam se preparado para partos vaginais e, dentro dos centros cirúrgicos, foram submetidas a enemas, tricotomias e episiotomias ou, na pior das hipóteses, doses de ocitocina, anestésias peridurais e cesarianas. Desejavam não só manter o controle sobre seus corpos, como preferiam procedimentos tidos como mais “naturais”, como supunham ser mais corriqueiro entre as parteiras “de antigamente”.

Surgiram algumas organizações não governamentais que, além de concordarem que essa “medicalização do parto” era exagerada, rotineira e crescente, vinham desenvolvendo, há alguns anos, ações junto a algumas parteiras pelo interior do país. Estas ações tinham como objetivo conhecer e valorizar o trabalho destas mulheres a ponto de (se o treinamento adequado lhes fosse oferecido) poderem ser consideradas como mão de obra formal no Sistema Único de Saúde.

Encontrei também discursos biomédicos que denunciavam as lacunas na saúde no Brasil e em outros países do Sul Econômico, especialmente relativas às mulheres e suas crianças. Apoiados em índices sobre mortalidade materna e neonatal, tentavam encontrar razões e soluções para tal quadro. Alguns admitiam a possibilidade de que a hospitalização poderia prevenir as centenas de óbitos femininos por ano e, quando inexistente, provocava mortes nas regiões rurais, fluviais e “remotas” destes países pobres. Eis que se lembravam das parteiras, responsabilizadas em parte por estes números de mortalidade ao oferecer um serviço tido como “discutível”. Alas conservadoras preferiam sugerir a proibição absoluta da atuação destas mulheres. Alas mais progressistas tendiam a sugerir que, enquanto os hospitais não fossem plenamente democratizados, era necessário treinar e contar com as parteiras.

Fui me sensibilizando. Indignava-me saber dos abusos cometidos contra as mulheres nos hospitais, seduziam-me as propostas de “incorporar” a contribuição e a sabedoria das parteiras e outros terapeutas populares, preocupavam-me os núme-

ros da mortalidade materna no Brasil.¹ Este conjunto de fatores me motivou a conhecer mais de perto as iniciativas das ONGs. Quer dizer, eu acreditava, àquela época, que conhecer os cursos de treinamento seria uma oportunidade estratégica para conhecer uma confluência complexa de forças que envolvia parteiras, sociedade civil organizada, responsabilidade governamental e apoio financeiro internacional.

Em especial, saltou-me aos olhos a recorrência com que o Grupo Curumim Gestação e Parto (conhecido como Grupo Curumim) aparecia nos sítios da internet. Como eu não conhecia nenhuma parteira, supus que esta ONG seria uma brecha mais palatável tanto para mim quanto para as próprias parteiras que eu viesse a conhecer. Escrevi apresentando os objetivos da pesquisa, trocamos e-mails acertando detalhes, e por um período fui aceita como “voluntária” (Fleischer, 2007b). Esta ONG pernambucana acreditava que a saúde das mulheres deveria ser considerada com mais seriedade e com menos violência institucional, racial e de gênero. Eram abertamente filiadas a um ecofeminismo e aos preceitos que vêm sendo reunidos, mais recentemente, no Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento (Cf. Tornquist, 2004). Esta e outras organizações não pretendiam apenas visibilizar o trabalho das parteiras, mas tinham uma pretensão muito mais ampla. Se, por um lado, estas entidades elaboravam e desenvolviam projetos para ensinar as parteiras a como lavar as mãos, cicatrizar

¹ A média nacional do número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, entre 2000-2006, foi de 77,2, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ambos serviços do Ministério da Saúde (2008). Mas é bom lembrar que “No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação e o sub-registro das declarações das causas de óbito. A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isso ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da declaração de óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou à falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania” (Ministério da Saúde, 2007: 9).

um coto umbilical ou providenciar transporte até a unidade hospitalar mais próxima, por outro, traziam desta convivência exemplos de práticas menos medicalizadas atribuídas às parteiras na expectativa de modificar rotinas bastante cristalizadas nos centros urbanos, nas escolas médicas e entre os formuladores de políticas de saúde. Estas militantes e simpatizantes pareciam tomar as parteiras, primeiro, como expoentes de um partejar muito mais próximo da “natureza”, e, segundo, como mantenedoras de uma forma “milénar” de partejar. Eu viria, contudo, a aprender que nem sempre estas práticas são realizadas pelas parteiras *atualmente*, nem sempre sustentavam a ideia de “autenticidade”, “respeito às mulheres”, “tradição” e “altruísmo” esperada pelas ongueiras da humanização. Havia, no entanto, certa ambiguidade nessas intervenções, como se as palavras e os gestos enobressem as parteiras e resgatar sua “humanidade” servisse também para sublinhar sua “primitividade”.² O desconforto diante desse paradoxo me deu mais vontade ainda de conhecer as próprias parteiras.

No decorrer da pesquisa, entre os anos de 2004 e 2005, estive em encontros nacionais de parteiras tradicionais, encontros feministas, reuniões de Comitês Municipais de Mortalidade Materna, nas sedes de algumas associações de parteiras. Contudo, o saldo final era o trânsito por uma miscelânea de atores e agendas que se propunham a pensar, por uma razão ou outra, sobre as parteiras. Mesmo que nestes espaços eu tenha esbarrado e conversado com dezenas de parteiras, raramente constavam no meu diário de campo detalhes mais aprofundados sobre sua trajetória de trabalho, sua família, sua biografia. Quando eu as encontrava nestes cenários, um pouco distantes de suas realidades e dilemas, trocávamos impressões sobre os eventos, as organizadoras, o capital social que angariavam nessas

² Só para ilustrar como esse *état de choses* estava muito mais presente do que eu imaginava, lembro de um trecho da entrevista do diretor Evaldo Mocarzel, à época do lançamento, em 2004, de seu filme “Mensageiras da Luz – Parteiras da Amazônia”: “**As parteiras**, essas exuberantes *figuras medievais*, são genuínas voluntárias da fé, do amor ao próximo e da solidariedade, conscientes do papel que precisam desempenhar em regiões tão carentes de tudo” (2004: 18-19, ênfase minha).

viagens. Sentia que apenas tateava o verniz que elas caprichavam em exibir nessas aparições públicas que lhes eram oportunizadas pela classe média militante, pela mídia e por algumas instituições governamentais. Neste espaços, eu tinha apenas um contato telegráfico com estas mulheres. Inquietação semelhante da antropóloga Susi Tornquist (2004) confirmou minha inclinação: era preciso deixar as grandes cidades, os eventos, documentos e políticas públicas por um momento, e dedicar-me a uma observação participante mais detida.

Dada a minha proximidade com o Grupo Curumim e sua experiência com parteiras por todo o país, pedi que me sugerisse lugares onde eu poderia situar mais circunscritamente a pesquisa. Eu tinha encontrado frequentes menções à cidade de Melgaço nos arquivos da instituição, e as feministas do Curumim muito me estimularam a conhecer esta região marajoara. Elas igualmente se dispuseram a me apresentar à D. Tabita Bentes dos Santos, principal parteira da cidade, segundo elas. D. Tabita ou D. Dorca, como era mais conhecida, contatada pela suas amigas da ONG, gentilmente aceitou me receber em sua casa. Assim, comprei uma passagem até Belém, onde me muni de rede de dormir, mosquiteiro, cadernos e pequenas lembranças para a família de minha futura anfitriã. Nos meses de novembro e dezembro de 2004 e de agosto a dezembro de 2005, permaneci em Melgaço.

Antes de passar aos dados e relatos de campo, é necessário comentar como um acúmulo, da Antropologia e de outras áreas nos estudos sobre parteiras, foi fundamental para redirecionar meu olhar e conferir uma densidade crítica à presente pesquisa.

2. Enfermagem, História e Antropologia: aportes iniciais para pensarmos a realidade das atendentes domiciliares

Muito já foi produzido sobre mulheres que atendem o parto de outras, em espaços não hospitalares. Na produção nacional, encontrei artigos, dissertações e teses na Enfermagem

(e.g. Bessa, 1997; Chamilco, 2001; Costa, 2002; Dias, 2002; Vieira, 2004), na História (e.g. Del Priore, 1993; Brandão, 1998; Jardim, 1998; Barroso, 2001; Pinto, 2002 e 2001; Mott, 1999a, 1999b, 2001, 2002; Caixeta, 2003;) e, claro, também nas Ciências Sociais (Scavone, 1985; Beltrão, 1988; Pereira, 1993; Motta-Maués, 1993; Freitas, 1997; Mascelani, 2002; Corrêa e Leonel, 2002; Torquinst, 2004; Martini, 2005; Attuch, 2006).

Na área da Enfermagem, observei algumas motivações políticas bastante específicas entre suas pesquisas. Primeiro, influenciadas pelo feminismo da primeira onda, conhecidamente marcado pelo pleito da igualdade, pretendiam “dar voz” a trabalhadoras “esquecidas”, “invisibilizadas”, “silenciadas”. Desejavam registrar os procedimentos obstétricos, as receitas, as histórias de vida de parteiras de várias regiões brasileiras tanto para adensar a “memória” do país, quanto para evitar que esse legado “se perdesse” caso elas fossem escanteadas definitivamente. (Algumas das acadêmicas da História alinhavam-se a esta proposta por motivação semelhante, bem como a Antropologia aplicada clássica.) Segundo, buscavam entre as parteiras os subsídios argumentativos para justificar a humanização dos cuidados nos hospitais. E, terceiro, se inspiravam nestas mulheres para valorizar seu próprio trabalho como uma forma “tipicamente feminina de resistência” à tecnologia e à autoridade hegemônica dos médicos. A Enfermagem, ao se aliar (e também ao se distinguir) às parteiras, parecia, sobretudo, afirmar a especificidade de seu próprio espaço e atuação (inclusive como responsáveis pelos treinamentos das parteiras).

Os estudos etnográficos comparativos produzidos nas três últimas décadas foram muito importantes para que se atentasse à diversidade de “terapeutas populares” (às vezes, definidos como “tradicionais”), à eficácia simbólica e biomédica de suas práticas e, principalmente, à necessidade de considerá-los ao se desenhar as políticas de saúde. Por exemplo, Paul (1975), Cosminsky (1977a, 1977b, 1982, 1983a e 1983b), Trevathan (1987), Kitzinger (1978), Davis-Floyd (1992) e Jordan (1993) são antropólogas que se transformaram em literatura de cabeceira

para quem desejava conhecer outras formas de parir e partejar – estratégia, também dos pesquisadores e profissionais da Enfermagem, para garantir uma chancela acadêmica ao ideário do movimento de humanização do parto (Torquinst, 2002: 487).

O casal Velimirovic (1981) explica que, principalmente até a década de 1980, esta foi a tônica das etnografias sobre parteiras, parto, reprodução humana: uma espécie de “voga etnomédica”, isto é, um entusiasmo romântico e um pouco acrítico de muitas antropólogas, especialmente de linhagens feministas, das décadas de 70 e 80, com as parteiras (Cf. Paul, 1975, Cosminsky, 1977b, Villatorro, 1990, Hurtado, 1984, Acevedo e Hurtado, 1997, e, no Brasil, Targino, 1992, Beltrão, 1988, Motta-Maués, 1993, e Corrêa e Leonel, 2002). Muitas antropólogas, como Jordan (1989: 926) por exemplo, não apenas inspiraram ações em prol das parteiras e da saúde das mulheres, mas também influenciaram agências internacionais que se outorgaram o papel de pronunciar o posicionamento biomédico a respeito das parteiras, para lhes reconhecer e incluir, quando necessário e possível, nos sistemas de saúde (OMS, 1979, 1986, 1993, 1996, 2002; Verderese e Turnbull, 1975; Pizurki e Mangay-Maglacas, 1981).

Uma segunda leva de contribuições da Antropologia, munida de uma “perspectiva sociocultural” (e.g. Kelly, 1955; Mani, 1980; Greenberg, 1982; Scheepers, 1991; Castañeda-Camey *et al*, 1996; Stephens, 1992; Alto *et al*, 1991; Pillsbury, 1982; etc.), se debruçou sobre os treinamentos, a mais recorrente das ações dirigidas às parteiras por agências internacionais e nacionais. Estes cientistas sociais se inquietavam com os relatórios quantitativos das áreas da saúde que, geralmente, correlacionavam diretamente as estatísticas de mortalidade materna e neonatal à ação dispensável das parteiras, desconsideravam o contexto social mais amplo deste atendimento e ficavam desanimados com a baixa adoção das medidas ensinadas nos cursos. As antropólogas, por sua vez, repetidamente mostraram como a “chegada” da biomedicina, em muitos pontos do planeta, significou uma “violência cultural” contra o conhecimento e as práticas das atendentes populares e, se este contato intermédico assim

prosseguisse, as parteiras tenderiam a desaparecer com o tempo, aprofundando ainda mais o fosso entre as políticas de Estado e a população. Estes etnógrafos equivaliam o “partear alternativo” a uma espécie de “amortecedor”, na esperança de que as políticas de saúde considerassem, ao menos, parte desse saber local.

Reinava uma predisposição otimista, disposta a considerar as parteiras de forma universal, como “agentes de mudança” (e.g. Mani, 1980; Greenberg, 1982; Alto *et al*, 1991; e outros). Outros autores mostraram que, antes dos treinamentos, era preciso saber se as parteiras de fato reuniam respaldo local suficiente para introduzir entre suas pacientes e vizinhas as novas práticas aprendidas nos cursos (Beeman e Bhattacharyya, 1978: 295; Jeffery e Jeffery, 1993), além de saber se e quais “mudanças” eram mesmo desejadas pelas pacientes e por suas famílias. Uma decorrência deste otimismo é se contentar em apenas descrever etnograficamente as práticas das parteiras para “comprovar” que o conhecimento local merece respeito. O casal Jeffery (1993) e Rozario (1998), na Índia e Bangladesh, respectivamente, onde as parteiras, chamadas de “dais”, são bastante desvalorizadas socialmente, sugerem ser impossível partir tanto das parteiras quanto dos treinamentos *per se*. Criticaram incisivamente duas ideias que se cristalizaram nos estudos sobre o parto: a) que os terapeutas tradicionais se destacavam como figuras altamente respeitadas na comunidade; e b) que as parteiras, por serem mulheres, tinham necessariamente um vínculo “especial” com as gestantes.

A maior parte das dais, então, é consideradas serviçais com baixo *status*, necessárias para remover impurezas, sem nenhuma técnica especial de partear. [...] Essa ideia sugere que as mulheres recebem pouco apoio emocional ou social durante o trabalho de parto e o parto. Como estão em um estado de poluição, poucas mulheres irão lhes tocar. A companhia de mães e irmãs é expressamente excluída. Assim, parir gera pouca solidariedade entre as mulheres [no contexto indiano] (Jeffery e Jeffery, 1993: 24, 21).

Esse considerável corpo de avaliações dos treinamentos que encontramos na produção antropológica das últimas décadas merece, contudo, alguns comentários críticos. Primeiro, certas polarizações vigoraram com persistência. Tradição/modernidade, cultura/biologia e parteiras/biomedicina foram tidos como polos monolíticos, homogêneos e dificilmente articuláveis. Estudos mais recentes, como o de Faust (1989), por exemplo, ajudaram a suplantar, inclusive, a preocupação de muitas antropólogas com a “extinção” das formas tradicionais. Partindo da ideia de “intermedialidade”, a autora notou como, muito mais do que simples substituição, os usuários, quando defrontados com várias alternativas médicas, tendiam a recombiná-las muito criativamente. No Brasil, Pereira (1993), Tornquist (2004), Mendonça (2004) e Sacchi (2005) também ultrapassaram as dicotomias, incluindo matizes mais sutis na relação das parteiras com outras esferas, como os cursos, as enfermeiras, as políticas públicas, os movimentos sociais.

Jeffery e Jeffery também comentaram sobre a tendência dicotômica para se estudar o partejar. Segundo o casal, a “perspectiva biomédica” “foca nos desastres – nas razões de mortalidade materna e neonatal e nas experiências dos médicos nos hospitais de Terceiro Mundo, geralmente desafiados com os efeitos de partos obstruídos não diagnosticados e longos adiamentos antes da hospitalização” (1993: 7). E, pela “perspectiva sociocultural”,

métodos não ocidentais de nascimento são examinados a fim de compará-los com o que é considerado como os efeitos nocivos do nascimento controlado tecnologicamente em cenários médicos formais. [...] [Esta perspectiva] busca evidência social e psicológica dos ambientes cooperativos ou as técnicas benéficas (massagem, posições durante o parto) que estão ausentes na prática ocidental padrão (*ibid.*).

Estes autores sugerem que não estacionemos em nenhuma destas duas pontas. Advogam, ao fim, por uma abordagem “sócio-econômica-simbólica”, que, inclusive, inspira positivamente o presente livro, em que

os eventos de parto são colocados num contexto mais amplo dos entendimentos simbólicos dominantes do processo de parto e dos papéis femininos no trabalho, suas relações de parentesco e seu acesso à propriedade, [...] condicionados por um amplo conjunto de considerações sociais, econômicas e simbólicas que lhes oferecem uma forma e um sentido particulares (*ibid.*: 9).

Junto a estes autores críticos mais recentes, procurei deslocar meu olhar das tendências da área – biomédica, etnomédica e sociocultural – para reconhecer outros atores envolvidos (gestantes, maridos, sogras, vizinhos, profissionais biomédicos etc.) e contemplar o cenário mais amplo e político dos sistemas de saúde claramente intermedicalizados. Assim, autores mais recentes têm contribuído para “explodir” a ideia de “parteira” *a priori*, ideia que só poderá ser definida conforme as concepções locais muito mais amplas e intrincadas do que somente o trabalho obstétrico realizado por estas personagens. Esta seção pretendeu revelar uma autocrítica que vem sendo empreendida pela Antropologia que também deve estar pronta a revisar suas próprias bases de entendimento do parto, parteiras e partejar. O saldo deste debate aponta para a importância de não homogeneizar as parteiras e tampouco lhes destacar do contexto social onde atuam.

3. Continuando no rumo antropológico: Cultura e conhecimento através da prática

Além das avaliações e críticas aos treinamentos para parteiras (a primeira literatura antropológica sobre parteiras com que tomei contato), escolhi pautar-me também por um outro grupo de autores da área, preocupados com o que se poderia chamar de uma Antropologia da prática.

Dirks, Eley e Ortner resumem a crítica, assim como grande parte de seus colegas contemporâneos, a um dos conceitos centrais da disciplina. Dizem que “o conceito de cultura tem sido caracterizado pela relativa coerência e consistência interna”

(1994: 3). Embora seja um conceito chave para a Antropologia, assim como o trio de autores, eu tampouco pretendo sustentar a ideia de que exista *uma cultura ou um sistema* do partejar em Melgaço num sentido homogêneo, completo e cristalizado no tempo. Nesta pesquisa, apontarei para algumas regularidades ou tendências do trabalho destas parteiras, mas também espero que fique claro como o mesmo está em constante “fabricação” (Ortner, 1999) e sob excitantes “processos” de mudança promovidos por elas e pelas forças e pelos desafios com que se deparam a todo tempo. Embora a alteridade apareça claramente, ela não é reificada como **a** ou *uma* diferença. Como será visto, a alteridade vai mudando ao longo do livro, de acordo, enquanto *estava lá*, com a forma em que eu me posicionava e era posicionada em campo e, já *aqui, de volta ao gabinete, com o foco que eu colocava ao editar atores e cenários*. Este processo foi possível porque minha concepção de alteridade parte de uma ideia dinâmica e heterogênea de *cultura*.

Manter a ideia de que haja uma *cultura específica do partejar* entre as parteiras pode reforçar que elas se distinguem continuamente da *cultura biomédica de partejar*. Como se elas só se configurassem em uma suposta singularidade ao serem contrapostas a outra *cultura*. Como se “somente sob uma força imperiosa [no caso, a ortodoxia biomédica dominante,] assumisse forma de um sistema” (Thompson, 1991: 17). Este último autor explica que usar acriticamente o termo “cultura pode distrair nossa atenção das contradições sociais e culturais, das fraturas e oposições existentes dentro do conjunto” (*ibid*). Nesse sentido, a antropóloga Sherry Ortner nos alerta para não “dissolvermos os sujeitos”, isto é, tomá-los como “uma categoria monolítica de subalternos sobre os quais se presume que tenham uma identidade e uma consciência unitárias” (1995: 183). Segundo ela, não deveríamos submeter as parteiras ao manto de uma harmonia romântica na qual inexistiria qualquer disputa entre elas por poder e autoridade (*ibid*). Não seguir os conselhos de Thompson e Ortner seria reconfirmar a tendência às dicotomias, já comentadas anteriormente, que por tanto tempo estiveram presentes nas etnografias sobre as parteiras

e nos trabalhos de outras áreas inspiradas pela Antropologia. Sim, as atendentes domiciliares trabalham com certas especificidades, mas também incorporam, não sem tensões, não sem diálogo, vários elementos de outros sistemas médicos (não só o biomédico). E, sim, como veremos ao longo deste livro, as parteiras discordam entre si sobre suas práticas, táticas, definições. Há fraturas e oposições internas que nos impedem de considerá-las como um grupo coeso e coerente. Assim, por mais que eu tenha escolhido fechar meu foco sobre um grupo de parteiras em uma pequena cidade amazônica, isto não significa que, primeiro, formem um grupo isolado e autocentrado e, segundo, que existam como “avesso” da biomedicina “moderna”. Biológico/cultural, biomédico/tradicional, profissionais da saúde/parteiras são polaridades que não nos ajudam a avançar nessa empreitada.

Sustentar uma ideia não estanque de “cultura” é, sobretudo, valorizar as “práticas” (De Certeau, 1996). Diferente de experiências anteriores (e.g. Fleischer, 2002), nesta pesquisa o gravador foi ficando cada vez mais esquecido porque dificilmente eu encontrava um “momento ideal” para conversar sobre uma “pauta específica” com uma parteira ou uma paciente em questão. Imersa no cotidiano da família de D. Tabita, a vida acontecia continuamente. Percebi que eu precisava me permitir participar desse fluxo de vida, observando e colocando perguntas sempre que apropriado (embora, claro, só lentamente tenha aprendido o que consideravam como “apropriado”). Além disso, precisava estar atenta para o tipo de informação que me chegava, conforme o interlocutor e a posição que este me atribuía naquele momento. Quer dizer, por mais que minhas anotações diárias também envolvessem depoimentos literais, procurei exercitar a valiosa lição de não descontextualizar esses discursos e, ao contrário, embrenhá-los na prática corporal, social, gramatical destes atores. Tentei não destacar a *prática* de seu uso concreto e situacional.

Além das práticas, isto é, do “uso”, do “fazer”, da “ação”, claro que os discursos também foram parte integrante deste estudo. A diferença é a intimidade que espero ter estabelecido entre o praticar (que é também uma forma de falar) e o falar

(que também é uma prática). Ademais, não só procurei atentar e descrever estas duas realidades, um pouco abstratas, por vezes invisíveis ou evanescentes, mas também apresentar a atmosfera “pictórica”, “sensorial”, “concreta” em sua mais terrena materialidade física (Comaroff e Comaroff, 1992). Atrair densidade biográfica, cenário e momento foi uma sugestão que procurei incorporar de forma mais intensa.

Embora Melgaço fosse atendida por 22 parteiras à época da pesquisa, optei por centrar-me no personagem de D. Tabita que, além de amável anfitriã, foi com quem estabeleci a relação que caracterizei como a mais densa, prolongada e dialógica. Ou, nas palavras dos hermenutas, foi com ela que me aproximei um tantinho a mais da ideal “fusão de horizontes”. Não pretendi apresentá-la como uma parteira paradigmática ou exemplar das outras *aparadeiras* de Melgaço, do Pará ou da Amazônia. Pretendi que D. Tabita estivesse plena de *agency* (Dirks, Eley e Ortner, 1994), aparecesse explicitamente como “sujeito” de sua própria história (Mintz, 1960), sem contudo resultar como uma “heroína” (Ortner, 1995; Comaroff e Comaroff, 1992) no sentido de saber tudo, de representar todas as demais parteiras ou de conseguir vencer individualmente as enormes adversidades implicadas na realidade do parto domiciliar em regiões pobres. Por mais que desta pesquisa possamos aventar hipóteses mais gerais acerca das relações de gênero e do sistema de saúde no Brasil interiorano, isto só é possível em alguma medida porque partimos do “particular”.

Escolhi falar do parto domiciliar na Amazônia também a partir do que De Certeau e Julia (1989) têm chamado de “popular”, mas não num sentido necessariamente equivalente aos “pobres”, mas ao “povo”. Aqui, apresentarei um olhar sobre esta “cultura popular” em contraponto ao que vários autores têm denominado como uma “cultura institucional”, “oficial”, “ideal”, “normativa”, “disciplinar”, “da elite letrada” (e.g. De Certeau, 1996; Foucault, 1995; Scott, 1985; Comaroff e Comaroff, 1992). A ideia de “prática” nos permite, então, atentar para a “ação”, de certa forma imprevisível, sempre autoral e centrada no sujeito que a desenvolve. Esta forma de agir, às vezes discreta, às vezes

pouco sistematizada, não é própria de camadas empobrecidas e tampouco está cristalizada num passado ou numa ilha isolada que devemos desvendar. É justamente este caráter não oficial que julgo estivesse presente na prática de D. Dorca e demais *aparradeiras*. De Certeau nos alerta que a intencionalidade criativa e flexível do “popular” é encontrada também dentro do Estado, da elite e de instituições como um hospital, a prefeitura, uma empresa privada etc. Essa ressalva faz sentido porque outros autores têm nos lembrado, corretamente, que esse foco no *small people* “tem ido longe demais ao retirar o Estado do quadro” (Dirks, Eley e Ortner, 1994: 5). Por isso, se torna relevante perpassar estas parteiras por várias outras instituições, como os programas sociais, os cursos de treinamento, a cinematografia etc.

O “popular” é muito mais um estilo de fazer do que a caracterização de um grupo humano específico e deve ser percebido entre atores, cenários, contextos. Scott (1985, 1990) colocaria a ideia de “popular” na performance *off-stage*, ao invés daquela *on-stage* que geralmente testemunhamos quando se é ainda apenas uma visita ou em momentos solenes e que exigem *face* máximo, em termos goffmanianos. Scott explica, por exemplo, que a deferência e a passividade, que provavelmente notaremos entre os pobres nestes momentos, indicam uma prática *on-stage* bastante consciente e socializada. *Off-stage*, estes mesmos atores podem atrelar essas mesmas atitudes a valores bastante insuspeitados. O fato de minha entrada em Melgaço ter se dado através do Grupo Curumim (que por tantos anos já havia trabalhado na região e que se prontificou a me apresentar à D. Dorca) talvez explique por que eu tenha demorado algum tempo para passar desse quadro *on-stage* para um mais próximo ao *off-stage*, onde estão, para Scott, os *hidden transcripts* (1990). Quer dizer, por mais amizade que as técnicas do Curumim tivessem com D. Dorca e suas colegas, ainda eram *peças de fora*, como eu também fui tida e, aos poucos e com algum entendimento mútuo, mereci algum acesso ao *off-stage*.

Aqui, tomarei D. Dorca e alguns de seus familiares, vizinhos, colegas e pacientes como interlocutores dessa forma

“popular” de resolver problemas relacionados à saúde feminina. E a etnografia, proveniente de um mergulho prolongado e diário com estas pessoas, será minha principal ferramenta neste sentido. A ideia é que da etnografia possam emergir mais visivelmente algumas “práticas” – sobretudo, a massagem corporal, a cobrança pelo serviço, a escolha do local para parir e a consolidação da legitimidade profissional – que nos indiquem algumas possíveis regularidades no trabalho destas parteiras. Por mais que outras pesquisas tenham descrito um conjunto de práticas do partejar não oficial na região (e.g. Pereira, 1993; Bessa, 1997; Barroso, 2001; Corrêa e Leonel, 2002; Silva, 2004; Pinto, 2004), não sucumbi à urgência de reconhecer em Melgaço padrões encontrados em outros estados da Amazônia ou da América Latina. Tentei, ao invés, estar atenta, primeiro, para o *que elas, as parteiras, me revelavam sobre o contexto*. E foi importante não me ater somente ao que diziam, ao que promulgavam como comportamento ou técnica “certa” e “ideal”. Mas procurei também comparar essas regras às suas atualizações diárias, ao seu uso pessoal e circunstancial. Daí aparecerem tanto incoerências e conflitos quanto meu principal objetivo, qual seja, um detalhamento um pouco mais fino desta realidade.

Considerar que estas parteiras sejam personagens “ativos” e “atuais” é um passo para deixarmos de atrelá-las às “origens da obstetrícia na humanidade” (e.g. Dias, 2002: 138; Costa, 2002: 23). Ao que parece, esta literatura pressupõe que seria possível, ao estudá-las, retomar a “manifestação primeira”, “a infância”, o “primitivo” (De Certeau e Julia, 1989: 56 e 61-62) do partejar ocidental. Esta “origem natural” estaria “escondida na história” e precisaria ser “reencontrada” pelos pesquisadores “certos”, antes que fosse “corrompida” definitivamente pelas forças – tidas como tão mais avassaladoras – da urbanidade, da biotecnologia, dos interesses comerciais. A meu ver, manter o “exotismo”, a “pureza”, a “integridade” das práticas e dos costumes das parteiras é mantê-las distantes, indefesas e dependentes deste olhar “magnânimo e bem intencionado” da intelectualidade sensível. Assim, quando De Certeau e Julia dizem que “o que permitiu a existência destes

paraísos perdidos oferecidos aos letrados foi sempre a vitória de um poder” (*ibid*: 72), é de hierarquia que aqui estamos falando.

Sugiro que, para certos pesquisadores, em especial da saúde pública, da enfermagem e do movimento de humanização do parto e nascimento, localizar as parteiras num “passado atemporal” seja tranquilizador porque, primeiro, ao serem posicionadas na “última fronteira” da obstetrícia, as parteiras ajudam a criar uma gradação evolutiva dentro desta área. Ao caracterizá-las como um “outro” (“tradicional”), estes pesquisadores parecem falar, por tabela, de “si” mesmos (“modernos”) e pensar comparativamente sobre seu próprio trabalho nas salas de parto. É também tranquilizador porque nos desoneraria do desafio de pensá-las hoje em dia, em diálogo, por exemplo, com a biomedicina, o SUS, os projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional sobre esta profissão etc. Ao criarmos uma ideia paradigmática de “parteira”, cristalizamos todo um perfil de técnicas, valores e comportamentos e, com isso, excluímos o que for considerado como “desvio” desse perfil. Por exemplo, a maior parte dos estudos afirma que as parteiras não cobram por seus atendimentos e trabalham por “caridade” (e.g. Chamilco, 2001: 108). Mas D. Dorca e muitas de suas colegas tinham até uma tabela de preços e, nem por isso, deixavam de se considerar como “parteiras”. Revelar suas motivações e o contexto para essa prática monetária é localizá-las em seu tempo e descartar conclusões precipitadas de que teriam se “descaracterizado” ou deixado de ser “autênticas” (De Certeau e Julia, 1989: 61).

Neste sentido, Brigitte Jordan, antropóloga alemã radicada nos EUA com larga experiência no estudo dos partejares, cunhou o termo *authoritative knowledge*, apropriado para pensarmos a dimensão de poder no campo da atuação das parteiras. Por isso, o conceito nos será importante ao longo de todo este livro.

A observação central é que, para qualquer domínio, vários sistemas de conhecimento existem, alguns dos quais, por consenso, acabam por carregar mais peso do que outros, seja porque eles explicam melhor o estado do mundo para os propósitos do momento (“eficácia”)

ou porque são associados com uma base de poder mais forte (“superioridade estrutural”), e usualmente por ambos os motivos. [...] Legitimar uma forma de conhecer como autoritativa desvaloriza, e com frequência desconsidera totalmente, todos os outros tipos de conhecimento. [...] A constituição do conhecimento autoritativo é um processo social contínuo que tanto constrói quanto reflete as relações de poder dentro de uma comunidade de prática. Ele faz isso de forma que todos os participantes percebam a ordem social corrente como uma ordem natural, i.e., como a forma em que as coisas são (obviamente) (Jordan, 1993: 152).

Importante lembrar que a autora não define “conhecimento” como uma substância ou um bem detido por um grupo, mas “um estado que é *atingido colaborativamente* dentro de uma comunidade de prática” (*ibid*: 153, ênfase minha). Assim, é impossível que um tipo único de *authoritative knowledge* se cristalice num dado cenário. A legitimidade de um corpo de conhecimento é negociada e estabelecida coletivamente, conforme a situação específica para a qual decisões devem ser providenciadas. O conhecimento prevalecente alterna conforme o jogo de forças da ocasião. “O poder do conhecimento autoritativo não é que ele seja correto, mas que ele conte” (*ibid*), que ele seja relevante. Em Melgaço, por exemplo, uma parteira poderia ser considerada por uma gestante no início de seu trabalho de parto. Mas tanto sua família, quanto ela própria e até sua parteira poderiam mudar de ideia e procurar um hospital. Ou, ainda, toda a vizinhança poderia concordar que uma gestação *complicada* não seria resolvida nem na Unidade de Saúde, nem por alguma das parteiras disponíveis: um rezador seria o especialista mais recomendado. Assim, Jordan nos lembra que uma parteira, um rezador, um médico podem deter – sempre provisoriamente – esta fonte de autoridade por conta do saber que desenvolveram e, por isso, não devemos equivaler automaticamente o termo *authoritative knowledge* somente ao conhecimento das pessoas tidas como social ou politicamente dominantes nas posições de

poder naquele momento. O *authoritative knowledge* é um estado constantemente provisório e negociado.

Creio que D. Dorca me apresentou dilemas muito atuais que várias mulheres estão vivenciando na porção fluvial do Pará. Elas me alertaram para incoerências severas em nossos sistemas de saúde; elas nos demandam considerar novos ângulos para melhor planejar as ações de atendimento. Estão longe de serem “anacrônicas”, “passivas”, “atrasadas”, “ignorantes”, “em extinção”, “antigas” e “tradicionais” – rol de adjetivos atribuídos às parteiras que tantas vezes encontramos no senso comum e também na produção intelectualizada no país (como Mott 1999a já nos mostrou ser o caso).

Esses adjetivos revelam muito mais do que uma tentativa, diria, etnocêntrica de caracterizar as práticas obstétricas das parteiras. Revelam como elas estão envolvidas num campo de múltiplas forças. Há toda uma gama de simpatizantes com os quais me deparei na entrada do campo e sobre os quais comentei no início desta Introdução. Mas há também opiniões negativas prevaletentes há várias décadas sobre o trabalho destas mulheres. Por isso, é importante considerar mais uma lição de Ortner, que

traça a mudança da noção de prática vista como “ação” e “interação” apolíticas para uma noção de prática como sempre entranhada nas relações de poder e desigualdade (1995: 15).

4. Um breve panorama da “saúde reprodutiva” no Pará

A fim de seguir estas recomendações desta Antropologia da prática e do popular, seria importante circunscrever a realidade microlocalizada de Melgaço em um contexto socioepidemiológico um pouco mais amplo da saúde reprodutiva das mulheres no Pará. Antes, porém, vale discutir rapidamente o conceito de “saúde reprodutiva” que, nas últimas décadas, vem se consolidando.

Mesmo sendo possível localizar, há algum tempo, as primeiras demandas das mulheres por oportunidades idênticas às conferidas aos homens, principalmente no âmbito do trabalho e no voto (Scavone, 2004: 25), foi a movimentação política intensa da década de 1960, combatendo ditaduras, que inspirou os primeiros passos do conceito de “saúde reprodutiva” para que, nos anos 1980, o mesmo operasse com maior fôlego (Corrêa, 2002: 359; Ávila, 1993: 383-384). Isto significou exigir que não só uma ou outra mulher estivesse informada e saudável, mas que uma saúde pública se institucionalizasse na forma de ações concretas, numa “interdependência entre sexualidade, saúde e políticas públicas” (Ribeiro, 1993: 401; Pitanguy, 1999: 29-31; Meyer, 2004: 89).

O tom experiencial e denunciatório deste conceito encontrou eco na academia, que começou a se debruçar sobre a realidade reprodutiva nacional. Contudo, estas primeiras iniciativas, muito informadas ainda pelas décadas anteriores, tinham como foco a saúde “materno-infantil”, e a “saúde da mulher” foi atrelada à contracepção e, mais especificamente, à esterilização (Costa, 1999). Esse é um dado que contribuiu significativamente para que se incentivasse a hospitalização do parto já que, por muito tempo, uma cirurgia cesariana equivalia a uma simultânea laqueadura tubária. Assim, equivaler o hospital e sua equipe à ideia de “segurança” e o espaço domiciliar e suas atendentes à de “risco” foi estratégia fundamental nesse cenário. E, ao final do século XX, chegamos aos seguintes índices: 40,1% das mulheres casadas estavam esterilizadas e 36,4% dos partos hospitalares aconteciam como cesarianas (Bemfam *et al*, 1997, *apud* Scavone, 2004: 44; Berquó, 1993). Para efeito comparativo, na França, entre os anos de 1982-1985, apenas 8% das mulheres recorriam à esterilização, geralmente como estratégia terapêutica e não anticonceptiva (Ferrand, 1994: 81). Além do desejo por laqueaduras, a cesariana passou também a fator de barganha no “acesso” ao leito hospitalar:

Para a mulher, a “opção” pela cesárea agendada pode funcionar não apenas como estratégia para garantir a internação, mas também como único recurso para assegurar a “continuidade do cuidado” (ser atendida por

um profissional conhecido – de preferência o que fez o acompanhamento do pré-natal) e em um serviço de sua escolha (REDE..., 2002).

A contribuição feminista se revela, sobretudo, no pleito por desbiologizar, desessencializar e, claro, desmedicalizar eventos como o parto (Vieira, 1999; Scavone, 2004: 88-99; Martin, 2006). Seria uma

luta pela resignificação de eventos/termos cujos sentidos mais “tradicionais” estão profundamente arraigados e “naturalizados” em nosso contexto sociocultural, como por exemplo: [...] entender que o parto e a contracepção não são eventos estritamente biomédicos, mas político-culturais; dar-se conta de que a mortalidade materna é muito mais do que um problema epidemiológico, uma vez que ela é o resultado de relações de poder implicadas com condições desiguais de vida, de acesso a informações, bens e serviços, bem como a formas diferenciadas de inserção e tratamento no interior dos serviços (Meyer, 2004: 93).

Ao se publicizar e politizar questões que, por muito tempo, foram mantidas no âmbito doméstico e privado,

a saúde reprodutiva deixa de ser um problema biomédico para ser abordada como uma questão social e política, e é nessa dimensão que o conceito se conecta, de forma indissociável, com o conceito de direitos reprodutivos (*ibid*: 92).

Por isso, falar de “saúde reprodutiva” é, para muitas autoras, promover a “cidadania reprodutiva”, ampliando assim a discussão de “saúde” para “direitos” e, em seguida, para um consenso internacional (Pitanguy, 1999: 33).

Embora os conceitos de saúde e direitos reprodutivos certamente tenham norteado os caminhos deste livro, é preciso reconhecer seus limites, mesmo que rapidamente. Primeiro,

no conceito, ficaram impressas as desigualdades geopolíticas do planeta, já que, nos “países do norte”,

essa concepção de saúde reprodutiva fica mais garantida [...], onde muitas conquistas já estão asseguradas, notadamente no que se refere aos direitos básicos de informação, ao amplo acesso aos serviços de saúde, ao maior controle dos efeitos secundários das técnicas contraceptivas, mediante acompanhamento médico obrigatório e ao livre acesso ao aborto (Scavone, 2004: 51-52).

Segundo, Corrêa notou que “saúde reprodutiva” tem se tornado um grande guarda-chuva para termos como “saúde sexual”, “direitos reprodutivos”, “direitos sexuais”:

Estas definições têm sido aplicadas como se fossem intercambiáveis [... ou] meras reinterpretações semânticas, ou adequações, das ações convencionais do materno-infantil ou de planificação familiar (Corrêa, 1999: 43).

Terceiro, embora o conceito tenha ajudado a promover enormes avanços em termos epidemiológicos, ainda carece de institucionalização, como também mostrou Meyer:

mesmo que falemos em um conjunto de “direitos reprodutivos universais”, acabamos por deparar-nos com uma enorme diversidade de entendimento, implementação e nível de acesso a esses direitos, nas diferentes sociedades e, dentro de uma mesma sociedade, entre os diferentes grupos sociais (2004: 96-97).

Isto porque, segundo a autora, é preciso realmente aproximar a ideia de “direito” à do “exercício” do mesmo. Mesmo adotando o conceito, não podemos nos contentar apenas com um destes “dois campos institucionais independentes”, isto é, “saúde” ou “direito” (*ibid*: 93).

Vemos como o conceito, então, está em plena construção, recebendo marcas e propósitos de vários atores, várias agendas.

As ambiguidades são inerentes e bem-vindas nesse processo para que não corramos o risco de cristalizar nossos olhares, embotar nossas análises. Por mais que o conceito de “saúde reprodutiva” me ajude a situar o foco e a problemática desta pesquisa, as críticas que o mesmo recebe também fazem os dados empíricos discutidos aqui parecerem menos contraditórios, menos descabidos. Quer dizer, a institucionalização incipiente da saúde reprodutiva feminina e de sua “exigibilidade” (Meyer 2004: 97), a violência institucional e doméstica, a resistência à hospitalização do parto, as mortes maternas e neonatais que encontrei no Pará permanecem como desafios ao conceito, sem, contudo, nos fazer abandonar seu conteúdo utópico de uma sociedade mais justa.

As principais preocupações que têm estado sob o “guarda-chuva” da saúde reprodutiva no Brasil são, especialmente, a mortalidade materna, o parto cirúrgico, o aborto clandestino, o câncer de mama e de colo uterino, a baixa adoção da amamentação imediata, a esterilização em massa, a contaminação pelos vírus HIV e HPV e a negligência institucional (e.g. Scavone, 2004: 44). Mais recentemente, as novas tecnologias reprodutivas, a violência e a participação masculina na reprodução são também temas que têm emergido neste debate (Corrêa, 2002: 366).

No Pará, o quadro não é diferente. Para compreendermos melhor os índices de saúde locais, vejamos rapidamente seu pano de fundo demográfico. Nesta segunda unidade da federação em termos geográficos, há quase sete milhões e meio de habitantes (Ministério da Saúde, 2009). Cerca de um sexto destas pessoas ganha até dois salários mínimos, representando “49% da população economicamente ativa, [...] absorvidas em grande parte pela agricultura” (CONASEMS, 2006: 39). A participação das mulheres no grupo economicamente ativo elevou-se bastante no período de 1980 a 1995, passando de “23,16% em 1980 para 45,43% em 1995, o que representa um crescimento de 96%” (Moura e Lago, 2000: 94). Além disso, como no restante do país, houve no Pará um significativo

aumento na proporção de mulheres que assumem sozinhas a responsabilidade de chefes de domicílio. Este número aumenta de 12,61% no período de 1980 para

18,23% em 1996, o que corresponde a uma variação percentual de 44,6%. Este crescimento ocorre tanto na área urbana quanto na rural (*ibid*, 2000: 96).

A baixa densidade populacional do Estado tem sido uma das principais explicações para esta morosa capilarização biomédica (CONASEMS, 2006: 41). Por um lado, Moura e Lago mostraram que, nas últimas décadas, a política econômica descentralizada no Pará contribuiu para

a interiorização das frentes pioneiras, com participação de grande contingente de migrantes. [...] O processo produziu uma redução da rarefação demográfica no espaço geográfico, acompanhando uma taxa de crescimento médio anual que supera a nacional, tanto na área urbana quanto na área rural, principalmente no período de 1970 a 1980 (*ibid*: 94-95).

Os anos de 1980 a 1991 assistiram, portanto, a uma elevação da densidade demográfica no interior do Estado, “passando de 1,93 hab/km², em 1980, para 2,90 hab/km² em 1991” (*ibid*). Por outro lado, as dificuldades de acesso, transporte e trabalho no interior eram recorrentemente citadas, ao invés de se questionar a concentração de serviços na região metropolitana de Belém, com 65% dos 5,8 mil médicos e 27% dos hospitais do Estado (Moura e Lago, 2000: 99).

Então, ao contrário do senso comum, a densidade tem aumentado no interior, especialmente em cidades de pequeno porte como Melgaço e, com este fenômeno, tem crescido a demanda por mais serviços de atendimento. À época da pesquisa, a Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública (SESPA) divulgava a interiorização de UTIs, serviços de neonatologia e de queimaduras. Estes são benefícios importantes mas, em algumas regiões, equipes de atenção básica estavam incompletas, as consultas de pré-natal e a distribuição de anticoncepcionais eram intermitentes ou não funcionavam equipamentos elementares de radiografia – todos exemplos que eu testemunhei em Melgaço.

O Pará apresentou menor gasto em assistência *per capita* da região Norte, isto é, R\$23,07, enquanto a média da Região foi de R\$24,92 e do Brasil, R\$41,79 (DATASUS, 1996 *apud* Moura e Lago, 2000: 98). Em 1996, dispunha de “6,79 médicos para cada 10 mil habitantes, ao passo que no Brasil esta taxa é de 13,04” (*ibid*). Segundo a OPAS, até o ano de 1998 só 5% dos profissionais médicos do país estavam na região Norte do país (1998: 33). Em termos de leitos por mil habitantes,

a taxa do Pará é de 1,7, inferior até mesmo à taxa estabelecida para a região Norte (2,0) e à nacional, que foi de 3,1 para o ano de 1996. A taxa de leitos para o total do estado é inferior à meta estabelecida pelo SUS, que é de três leitos por mil habitantes, para unidades mistas, e de quatro leitos para hospitais regionais (Ministério da Saúde, 1990 *apud* Moura e Lago, 2000: 98-99).

E, dos 143 municípios do Estado em 2000, somente 26 deles tinham alguma oferta hospitalar e “apenas sete apresentavam taxas de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo SUS” (*ibid*).

À época, em fins da década de 1990, Melgaço não figurava entre estes municípios.³ Em 1977, foi inaugurado um posto de saúde que, mais recentemente, promoveu-se à unidade de saúde, com três leitos. Só em 2004, este serviço passou a funcionar 24h por dia e fazer, dentre outros atendimentos, partos normais. Em 2005, o médico também assumiu o serviço obstétrico, antes só oferecido por duas enfermeiras. Todos estes profissionais, segundo me contaram, não tiveram a chance de fazer um parto normal durante suas residências e aprenderam na prática, ali mesmo com (n)as parturientes melgacenses. Estava prometida

³ Melgaço, situada nessa porção sul do arquipélago, teve o pior Índice de Desenvolvimento Humano municipal de todo o Estado do Pará em 2000 (PNUD, <http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>). Além disso, o índice de Gini, que mede o nível de desigualdade social, era o menor do Estado, em 0,33, segundo o Mapa de Pobreza e Desigualdade do IBGE (2003, <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>).

para 2006 a inauguração de um hospital de atenção secundária.⁴ Porém, segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil, havia 8 estabelecimentos servindo os 6.774km² do município: três postos de saúde, uma unidade de vigilância em saúde e quatro unidades básicas de saúde (Ministério da Saúde, 2009). Desde 2006, quando os primeiros dados deste livro foram sistematizados, Melgaço passou de 6 para estes 8 estabelecimentos divulgados no sítio do Ministério da Saúde e é bom lembrar que a área do município equivale a mais de quatro vezes o tamanho do município de São Paulo. Enquanto isso, a população de Melgaço tem aumentado e, como vimos no caso do Estado do Pará, a sede urbana de Melgaço, onde moram cerca de 15,09% da população do município (IBGE, 2000), concentra grande parte destes profissionais, material e leitos.

Além da oferta de recursos, infraestrutura e pessoal, outra forma de avaliar o quadro da saúde é conhecer seus índices de morbimortalidade. Moura e Lago verificaram que, nos períodos de 1979-1981, 1984-1986 e 1993-1995, 40% dos óbitos paraenses femininos aconteceram em decorrência de doenças do aparelho circulatório, 15%, de doenças infecciosas e parasitárias, e 17%, de doenças do aparelho respiratório (*ibid*: 104). Conforme estes dados, levantados no Subsistema de Informações de Mortalidade do SUS, houve um “desaparecimento” das complicações da gravidez, parto e puerpério, muito comuns até então. As autoras justificam esta ausência pelas

falhas no processo de coleta de informações, ocultamento de causas e responsáveis, atribuição de problema gravídico a causas circulatórias ou respiratórias, “causas mal definidas”, diversificação dos diagnósticos e “a dificuldade de encaminhamento dos cadáveres para o Instituto Médico Legal” (*ibid*: 103).

⁴ Mas, segundo relatos recentes de amigos melgacenses, até a finalização deste livro, em 2010, a construção do mesmo não havia sido concluída.

Elas lembram ainda que, no quadro das

doenças infecciosas e parasitárias, chama a atenção o grande número dos óbitos por septicemia, que se elevam de 7,87% para 30,82% (...) [Estas mortes podem] ser consequência do uso de melhores recursos para diagnósticos, do aumento de cesáreas, dos quadros de infecção hospitalar, do aumento comprovado da resistência aos antimicrobianos [ou, ainda, ocultar] casos cujo fator desencadeante tenha sido o aborto (*ibid*: 107).

A OPAS diz que 50% das mortes nas regiões Norte e Nordeste (1998: 37) e, no país, somente 70-75% daquelas relacionadas à saúde reprodutiva são de fato registradas (The Center for Reproductive Law and Policy, 2000: 3).

A ideia do termo “mortalidade materna” é compreender toda sorte de acontecimentos malogrados que se desenrolarem desde a gestação até o 42º dia após o parto. O índice médio estimado para o país vem caindo e, em 2008, estava em 77 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (Ministério da Saúde, 2008). O risco pode se relacionar com o abuso ou a falta de intervenções (como cesarianas, laqueaduras, curetagens pós-aborto, abandono, violência inclusive institucional, iatrogenias etc.). E, claro, esta “falta” pode estar relacionada com os diferentes tipos de atendentes (in)disponíveis (inclusive, a parteira), recursos de transporte, material, equipamentos. Mas, por exemplo, a OPAS (1998) deixa claro que uma morte materna é resultado de um conjunto de fatores, atores e eventos e é impossível, mesmo em regiões onde o parto domiciliar predomine, creditar às parteiras a total responsabilidade por perdas de vidas humanas. Outros autores também notaram isso: “No Brasil, sete mulheres morrem a cada 10 mil partos feitos por cesariana (...) [enquanto as parteiras] contribuem para um dado menos assustador: o número de óbitos cai para dois a cada 10 mil partos normais” realizados por elas (Pires, 2000).

O banco de dados das autorizações de internação hospitalar (AIH) do SUS indica as razões por que uma pessoa foi

internada e nos ajuda a complementar o quadro da mortalidade materna no Pará. Na pesquisa de Berquó e Cunha (2000), foram analisados 19 dos capítulos mais recorrentes do 9º Catálogo Internacional de Doenças (CID), à época em uso para diagnosticar biomedicamente as mazelas. *Em todos os estados* brasileiros, seja na capital, seja nos municípios do interior, o Capítulo XI, isto é, as “complicações da gravidez, do parto e do puerpério” ocuparam o primeiro lugar na lista deste 9º CID. Este também é o caso do Pará, que está à frente dos outros quatro estados analisados na pesquisa e, na região Norte, sua situação tampouco é reconfortante (“Movimento de AIH – Arquivos reduzidos DATATUS/MS/FNS, 1996” *apud* Berquó e Cunha, 2000).

Com leitos, profissionais e gasto em assistência *per capita* abaixo dos níveis previstos como ideais pelo SUS, há mais chance de que muitas destas autorizações de internação hospitalar tenham se transformado em atestados de óbito. Como geralmente as capitais de estado concentram a infraestrutura, como também é o caso do Pará, é preocupante como estão sendo assistidas as mulheres no interior desse Estado. Assim, espero que estes dados mais gerais referentes ao Estado do Pará nos ajudem a contextualizar o trabalho de parteiras como D. Tábita e suas colegas, a relação que mantinham com as *buchudas*, os profissionais de saúde locais e os cursos que lhes chegavam. Elas eram parte ativa deste quadro mais amplo de pouca interiorização dos serviços e das equipes hospitalares, da crescente medicalização da saúde e especialização terapêutica, de complicações gravídicas etc. Vejamos como este livro pretende avançar na discussão sobre a saúde reprodutiva e, mais especificamente, o parto domiciliar na cidade de Melgaço.

5. A organização do livro

Este livro deriva, em larga medida, do texto final de minha tese de doutorado. Depois de sua defesa, no início de abril de 2007, fui convidada, acredito que também pela experiência

acumulada durante o curso, para trabalhar com o tema da saúde reprodutiva das mulheres brasileiras na organização não governamental Centro Feminista de Estudos e Assessoria, em Brasília. Durante este período, bastante absorvente e esclarecedor, organizei meu tempo para retomar a tese e transformá-la em um formato mais enxuto, mas ainda assim eminentemente etnográfico, no sentido de guardar as histórias, exemplos e “descrições densas” (Geertz, 1989) da vida em Melgaço. Esta Introdução e o capítulo que segue foram os mais modificados em sua estrutura, dimensão e estilo. Os capítulos 2, 3 4 e 5, bem como os comentários finais, permaneceram bastante semelhantes à versão original. Lancei mão de leituras mais recentes, das generosas sugestões das professoras que compuseram a banca de defesa da tese e meu próprio distanciamento temporal do campo e do texto para olhá-lo com um pouco mais de crítica e desapego. Contudo, a intensidade com que fui tomada ao voltar aos diários e o texto e ouvir a gravação do diálogo empreendido durante a defesa da tese me confirmaram que a etnografia realmente tem o poder de nos transportar de volta à convivência e ao cotidiano onde passamos tantos meses pesquisando. É também esta sensação que espero que este livro consiga promover entre meus leitores.

Quanto ao tema deste livro, a colega Sônia Correa, antropóloga e feminista carioca, notou que, no período de 1986-1996, houve na produção acadêmica “uma mudança qualitativa no deslocamento do enfoque materno-infantil convencional em direção a outros aspectos da saúde da mulher” (2002: 364). Julgo ser fruto desta mudança e, apesar desta pesquisa estar bastante ligada à fase reprodutiva destas mulheres melgacenses, o foco não será posto sobre maternidade ou planejamento familiar, que tanto pautaram a discussão sobre a saúde feminina nas últimas décadas. Meu objetivo geral é esmiuçar como a saúde reprodutiva das mulheres de Melgaço é manejada e cuidada por uma parcela não oficial de atendentes. Também partirei de concepções de “saúde” e “reprodução” muito mais amplas do que foi, por longo período, ditado pela biomedicina, pelas igrejas e por forças econômicas hegemônicas.

O parto tem sido um tema clássico, mas é seu desdobramento hospitalar que vem recebendo atenção, geralmente para denunciar a violência dirigida às mulheres. Assim, ao relacionar o “parto domiciliar” às questões sócio-obstétricas situadas no âmbito da casa e do doméstico e a um cenário mais amplo, julgo que este trabalho pode oferecer um novo fôlego.

Em 1996, 4,1% dos bebês brasileiros nasceram em casa na zona urbana, e 21,8%, na zona rural (OPAS, 1998). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde aponta, na mesma época, para uma ocorrência de 20% de partos domiciliares no país. O Ministério da Saúde afirmou que, nas áreas rurais e regiões Norte e Nordeste, este número sobe para 45% (Abreu, 2002: 75). Já o Projeto Saúde e Alegria, uma renomada ONG que trabalha há décadas na região de Santarém, PA, diz que as parteiras são responsáveis por 60% dos partos na área rural desta região.⁵ Esta variedade de índices indica, claro, as motivações de diferentes agendas, e também que não houve, até hoje, um levantamento consistente e minucioso do parto domiciliar no Brasil. Além disso, as ideias de “rural” e “urbano” são amplas demais e precisariam ser relacionadas com outros fatores como, por exemplo, a densidade populacional, a infraestrutura hospitalar, a proximidade com polos urbanos, índices de mortalidade materna etc. E, por fim, é preciso lembrar que os números relativos ao parto domiciliar só podem ser tidos como estimativas porque derivam das notificações de nascimento, sabidamente subestimadas no país.

Tampouco se tem consenso sobre o número de parteiras. O Ministério da Saúde, na figura do Programa Nacional de Parteiras Tradicionais, tem anunciado que são entre 40 a 60 mil parteiras no país. Como contraponto, segundo a Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição em Pernambuco, de 1991, são 5.000 *aparadeiras* só no Estado de Pernambuco (Carvalho *et al*, 1994). Se tomarmos as estatísticas oficiais do DATASUS, havia, grosso modo, um médico para cada 1.428 habitantes do Pará e, Melgaço, considerando dados mais recentes, 4 médicos (Ministério

⁵ Cf. o sítio www.saudecalegria.org.br

da Saúde, 2007c) para a população total do município de 18 mil habitantes, isto é, um para cada 4.500 habitantes. Só em sua sede urbana, havia 22 parteiras para atender cerca de 3.180 pessoas (IBGE, 2000), isto é, uma parteira para cada grupo de 144 habitantes. Quer dizer, estas mulheres ofereciam um atendimento, teoricamente, muito mais personalizado do que o oficial. Mas estes dados, bem como estas comparações, são incipientes demais. Justamente por conta de toda esta defasagem e lacunas sobre o parto domiciliar e o número de parteiras é que julgo ser necessário conhecermos um pouco melhor essa realidade. Este livro pretende contribuir com um retrato mais qualitativo e localizado desta realidade, mas gostaria de ressaltar que aportes quantitativos e estatísticos são ainda esperados e necessários.

No primeiro capítulo, conheceremos a paisagem dos 290 quilômetros do trecho do Rio Pará que ligam Belém a Melgaço. Além disso, também discutirei como aconteceu minha recepção por parte de D. Dorca, sua família, *buchudas* e *colegas*. E, nesta interpretação mútua e permanente das alteridades, espero explicar a perspectiva situada e parcial de minhas análises.

No segundo capítulo, apresento uma das atividades mais comumente realizadas por este grupo de atendentes. Falar da *puxação*, massagem abdominal aplicada durante todo o ciclo reprodutivo feminino, poderia parecer uma reincidência no estilo etnomédico (Velimirovic e Velimirovic, 1981), em que as técnicas obstétricas são minuciosamente descritas, quase folclorizáveis. Contudo, meu objetivo é outro. Julgo ser preciso começar pela *puxação* para mostrar como o partejar não oficial extrapola tanto a fase do parto, quanto a própria atividade obstétrica como um todo. Esta massagem nos oferece um panorama mais amplo para localizar o significado da atuação destas mulheres.

Embora disponíveis e solícitas, muitas destas parteiras vivenciavam um conflito: desejavam que seu trabalho fosse retribuído como o esperado. Isto quer dizer que, no terceiro capítulo, conheceremos como elas próprias valorizavam, negociavam, cobravam por seus atendimentos. Quanto vale um parto? Qual é o preço para uma filha gestante? E no caso do parto que come-

ça em casa e termina no hospital? Relações de gênero, de parentesco, de vizinhança e com a esfera do Sagrado são consideradas para pensar os termos da reciprocidade local. Além disso, neste capítulo, fica notório o momento de transição que elas estavam vivendo, com novos desafios por acomodar.

No quarto capítulo, mais uma dimensão foi acrescentada ao trabalho de D. Dorca e suas colegas. Elas nos mostram como havia *partos fáceis* e *partos complicados*, *partos para casa* e *partos para o hospital*. Ao complexificar a territorialidade do parto, elas revelaram como havia muitos outros atores, prioridades e conflitos envolvidos num parto do que somente a “progressão da dilatação uterina” ou a lista de “riscos” biomédicos com os quais profissionais de saúde tentavam lhes doutrinar. Conforme o contexto, era distinta a definição de *aperreio* e das decisões necessárias para desenrolá-lo. Aqui, mostro também como as parteiras, longe de serem figuras “isoladas”, estavam em permanente diálogo com outros cuidadores e em constante negociação com diferentes fontes de *authoritative knowledge*.

E, por fim, no quinto capítulo, veremos como a *puxação*, os preços e a relação com o aparato biomédico, discutidos nos capítulos anteriores, eram importantes fatores considerados por estas parteiras para traçarem diferenças entre elas. Aqui, revela-se um fino sistema de autoclassificação do ofício. Os cursos eram apenas *mais uma* esfera valorizada na disputa por espaço, legitimidade e saber. Neste capítulo, perceberemos novos dissensos internos e contornos ambivalentes do ofício do partejar, explorando qualquer ideia apressada e generalizada de “parteira”.

A organização dos capítulos tem a intenção de, aos poucos, adensar esta realidade à medida que acrescentamos mais um “círculo de sentido” ao redor das parteiras. Produzindo efeito semelhante de uma pedra jogada num lago, cada capítulo pretende ser uma nova circunferência concêntrica. Partimos das repercussões de sua prática sobre o corpo feminino; para depois pensarmos-na dentro do espaço doméstico, dentro da relação conjugal; é então que vemos como o parto reverberava para além das paredes da casa e das cercas dos quintais, chegando

aos hospitais e cidades vizinhas; e, por fim, as relações além das fronteiras da cidade e do Estado também eram relevantes para fazer sentido dessa prática obstétrica não oficial.

Valem ainda algumas ressalvas de forma. Minha permanência no Pará, entre os anos 2004 e 2005, se concentrou na cidade de Melgaço, mas também estive várias vezes por Breves, cidade-polo vizinha, onde conheci, visitei e proseei com várias parteiras. Embora as parteiras melgacenses sejam as principais personagens da narrativa que ora se inicia, pontuarei cada momento em que uma parteira brevesense for mencionada ou tiver seu discurso e/ou suas histórias reproduzidos aqui. Além disso, o recurso do itálico será utilizado nas palavras com significados muito próprios, e locais, e um glossário, ao final do livro, ajudará a compreender um pouco mais estes sentidos, já que prefiro não explicar cada palavra ou expressão “nova” sempre que aparece no texto. Opto por uma fluidez típica da oralidade e da conversa e por isso evito interromper com explicações ou notas de rodapé muito insistentes. Já as palavras em outras línguas também receberão o itálico, como é praxe da norma técnica, e os trechos citados em outras línguas foram por mim traduzidos para o português.

Por algum tempo, como é esperado no debate ético na Antropologia, me debrucei sobre a questão dos nomes das pessoas aqui mencionadas. Na tese, utilizei pseudônimos para todos os personagens, das parteiras às ongueiras. No entanto, na fase de preparação do livro, percebi que dificilmente os melgacenses não identificariam as parteiras, sobretudo minha anfitriã, dado que minha passagem pela cidade poderia ser lembrada, mesmo depois de tantos anos. Assim, com o intuito de gentileza e redução de danos, optei por editar trechos que, abertamente, poderiam constranger a D. Dorca e sua família ou qualquer outra parteira com quem eu tenha tido contato e convívio. Além disso, D. Dorca sempre me dizia que queria seu nome explícito no texto, nada de pseudônimos. Conversamos bastante sobre esse ponto e mesmo que uma passagem ou outra pudesse lhe comprometer de alguma forma, ainda assim ela preferia ser reconhecida pelo nome e apelido que ganhou da vida. Revisando

o livro e minhas notas etnográficas, optei por seguir uma sugestão que veio do próprio trabalho de campo, da própria ética de atendimento destas *aparadeiras de menino*. Lembro que D. Dorca, iniciando um treinamento obstétrico informal mas contínuo de sua neta Andréia, deixava claro que a miúda não poderia entrar nos quartos – onde partos e *puxações* aconteciam – em algumas ocasiões, especialmente quando havia conflitos ou situações que precisavam de discrição. D. Dorca reconhecia que, numa cidade tão pequena quanto Melgaço, o disse-me-disse seria uma tentação muito grande a uma criança desavisada e ainda pouco maliciosa. Atentei-me para esse significado e resolvi seguir os ensinamentos dessa velha parteira. Assim, as pacientes e suas famílias receberam nomes substitutos, a fim de preservar as circunstâncias, nem sempre amistosas, nem sempre fáceis, que vivenciaram e que foram testemunhadas por mim. No caso de D. Dorca, as demais parteiras e os círculos sociais por onde trafegavam, contudo, mantive seus nomes originais, salvo os momentos em que familiares de minha anfitriã se transformavam circunstancialmente em suas pacientes. Espero que essa opção, de um anonimato parcial, esteja mais próxima da lógica local, velando ocasiões que exigiam decoro e visibilizando justamente quem apreciava e se sentiria hornado em ser identificado com uma eventual publicização.

Embora eu não tenha utilizado uma versão formal dos termos de consentimento esclarecido, cada vez mais comuns entre as pesquisas realizadas nos âmbitos hospitalares e da saúde (e não por isso menos problematizadas pela Antropologia, Cf. Fleischer e Schuch, 2010; Langdon, Maluf e Tornquist, 2008, por exemplo), julgo que permissões informais foram sendo negociadas diariamente, uma vez que minha conduta foi sendo comparada às minhas intenções verbalizadas, e, só assim, portas foram sendo abertas ou definitivamente fechadas à pesquisa. Os acordos de acesso à informação e, por vezes, à intimidade foram construídos paulatina e relacionalmente.

Por fim, é preciso fazer uma última e fundamental ressalva. Desde que saí do campo, em 2005, mantive estreito e

frequente contato com D. Dorca e sua família. Nos falávamos pelo telefone e utilizávamos muito os serviços dos correios, para trocar cartas e outros materiais de interesse mútuo. Na fase final de preparação desse livro, eu estava experimentando minha primeira gravidez, e D. Dorca criou o costume de me ligar a cada quinzena para saber como eu progredia. Nessas conversas, ela me aconselhava para resolver pequenas dores inesperadas, interpretar mudanças que surgiam, contar histórias correlatas e didáticas, lembrar de situações que presenciamos juntas nas casas de outras mulheres gestantes etc. Esses diálogos tornaram nosso contato ainda mais especial e me remetiam instantaneamente de volta a Melgaço e à realidade gravídico-obstétrica que pude conhecer anos atrás.

Na manhã do dia 5 de maio de 2010, eu comecei muito cedo o trabalho porque minhas amigas do Grupo Curumim tinham pedido que eu escrevesse uma pequena nota sobre o Dia Internacional das Parteiras. Como etnógrafa, geralmente opto por narrativas microscópicas e localizadas e o texto que brotava rememorava um pouco da história de vida de D. Dorca para realçar a centralidade do trabalho realizado no cuidado domiciliar da saúde materna. Perto das 9 h da manhã, um telefonema de Melgaço interrompeu minha linha de raciocínio, em frente ao computador. Imaginava que mais uma vez seria D. Dorca, curiosa pelos avanços de minha gravidez. Diferentemente, era Andréia, sua neta, chorosa e quase sem palavras. Ligava para me contar que sua avó havia falecido há alguns minutos. Nas semanas anteriores, D. Dorca estivera à frente da organização de uma passeata das parteiras da região, para celebrar o dia dedicado a elas. Naquela manhã, sob o carro de som, ela discursava sobre a importância de ajudar a atender *buchudas e aperreios*. De repente, sofreu um infarto fulminante e desabou. Faleceu em segundos. D. Tabita Bentes dos Santos tinha 69 anos.

Minha voz embargou ao telefone com Andréia. Eu não soube o que dizer, só chorava junto com a adolescente, que desde infante tivera a avó como mãe e naquele momento se sentia totalmente solitária no mundo. Eu, com um barrigão do lado de

cá, também sentia algo semelhante à orfandade, já que muito do que eu aprendera sobre gravidez havia sido ao lado de D. Dorca. Recontando a história ao meu marido, ele replicou de forma singela: “O coração dela aguentou tanta tristeza nessa vida, mas não aguentou uma alegria como essa passeata”.

Um dos últimos pedidos de minha anfitriã, ao nos despedirmos no trapiche de Melgaço, em meados de dezembro de 2005, havia sido conhecer o livro que eu escreveria sobre ela e suas colegas, sobre o trabalho das *aparadeiras de menino* da região de Melgaço. Lembro das suas palavras com exatidão: “Minha filha, olha lá, hein? Você não me volte aqui sem o livro pronto embaixo do braço”. Infelizmente, não poderei honrar esse compromisso, mas realmente espero que as páginas que se seguem reúnam um pouco que seja dessa mulher excepcional que tive a chance de conhecer tão de perto. Que minhas palavras lhe cheguem como uma humilde homenagem às décadas de coragem com que ela viveu sua vida.

• C A P Í T U L O U M •

RIOS, FLORESTAS E ALTERIDADE: Chegando à região de Melgaço, Pará

1. De Belém do Pará até a “hinterlândia”: A paisagem de rios, ilhas e florestas

Venho do Cerrado, natureza típica da região de Brasília. Cresci perto desta floresta “de cabeça para baixo”, dada sua intrincada capilaridade subterrânea e aparente rarefação arbustiva sob a superfície. Eu me acostumei aos banhos de cachoeira e aos rios estreitos de água gelada. Embrenhar-me pelo Pará foi, portanto, uma experiência muito nova. Passar dezenas de horas num *gaiola*, *atar* minha rede nos canos de metal presos ao teto do primeiro e mais módico andar do barco, e percorrer repetidamente os 290 quilômetros (que ligam Belém à cidade de Melgaço) pelo largo Rio Pará foram descobertas de uma floresta bastante diferente, muito mais densa e úmida. Aprendi também a ter menos medo que minha mala fosse roubada, que homens carrancudos fossem invadir minha rede durante a noite, que naufragaríamos de repente etc. Viajar pelos rios paraenses, mas, sobretudo, *chegar* até a “hinterlândia”, isto é, o interior, a parte de dentro, as profundezas, me ensinou muito sobre essa região: rios, barcos, viagens e estranhos são itens corriqueiros para estas cidades ribeirinhas.

Nesse capítulo, pretendo apresentar um pouco de meu processo de chegada ao campo de pesquisa, processo esse fundamental para entender não apenas os estranhamentos vivenciados mutuamente por mim e por meus anfitriões, mas os sentidos que daí emergiram e conformaram as relações que se desenrolaram durante minha estada. Como já mostrado em uma

coletânea que Alinne Bonetti e eu organizamos (2007), acredito realmente no esforço de se refletir sobre estes processos e caminhos justamente porque são como os “andaimes” da pesquisa, dotados de papel norteador para as decisões e prioridades que eu conferi às informações e aos contatos que me chegaram. Estes andaimes têm sido tradicionalmente sanitizados ou, ao menos, retirados de cena, contudo, aqui alterno para outra estratégia: revelá-los para justamente oferecer aos leitores mais um contraponto a partir do qual poderão interpretar os saltos analíticos que empreendo nos capítulos seguintes.

Para quem chega a Belém, pelo Atlântico ou pelo ar, como foi meu caso, há a partir daí dois caminhos fluviais para o “interior” do Estado. Primeiro, há o Rio Pará que contorna o arquipélago do Marajó ao sul, segue para o Rio Tajapuru que encontra o Rio Amazonas, já de saída em sua foz na região de Macapá. Segundo, há o Rio Tocantins, que segue para o sul, rumo ao Estado homônimo, passando por Cametá, Baião, Tucuruí e Marabá.

Eu segui o primeiro caminho. O arquipélago de Marajó, que pode ser visto no mapa a seguir, é considerado o maior complexo de ilhas fluviais do planeta. Até meu destino, passamos por pequenas casas individuais, espalhadas por povoados. De minha rede, tinha a chance de observar as casas de madeira, bem à beira da água, construídas sobre palafitas para evitar as variações de maré. Estas casas contavam com um pequeno *trapezite* onde o *casco* da família poderia atracar, mas também virava “quintal” para brincadeiras de meninos e meninas com *matapis*, anzóis ou bichos de estimação (como cachorros, saguis ou papagaios). Os mais destemidos entravam em seus *cascos* e vinham surfar nas ondas geradas pelas hélices de nosso imenso barco. Atrás das casas, eu sempre via a floresta, imponente e diversa, com uma vasta oferta de açaí, bacaba, miriti, madeiras e frutas.



Mapa da porção nordeste do Estado do Pará. Em destaque, a cidade de Melgaço. Fonte: Atlas mundial (1999: 105).

São Sebastião da Boa Vista, Currealinho, Bagre e Breves são as maiores cidades que avistamos ao longo do Rio Pará até chegar a Melgaço. Segundo historiadores e viajantes, muitas dessas cidades se originaram, nos séculos XVI e XVII, como reminiscências das missões jesuíticas que adentraram a região a fim de catequizar, “amansar” e integrar as populações indígenas. À época, o Marajó era habitado, principalmente, por populações de tupinambás e nheengaibas (Cf. Bates, 1944: 203). Nos dois

séculos seguintes, engenhos de açúcar e cacau, onde também se encontravam índios e considerável mão de obra negra escravizada, se transformaram aos poucos nos primeiros núcleos urbanos (Cruz, 1960) desta região. Depois, já na transição do século XIX ao XX, os grandes seringais também contribuíram para concentrar trabalhadores, mercadorias e investimentos (Prado e Capeleto, 1977). Muitas das cidades atuais testemunharam essas mudanças econômicas e progressivo adensamento populacional.

Atualmente, Breves é uma das cidades mais significativas da região marajoara, em termos demográficos e econômicos. Com cerca de 102 mil habitantes, se torna o mais populoso município do arquipélago (IBGE, 2009) e com conhecida concentração de bancos, correios, órgãos públicos, cartórios, hospitais etc. Empregos em madeireiras, no comércio e no porto brevense eram forte atrativo para desempregados de cidades vizinhas, inclusive de Melgaço. Sempre que alguém era mordido de cobra, precisava de uma cirurgia cesariana ou de raios-x, a solução era *levar pra Breves*. Ali também era onde melgacenses faziam compras de enxoval, material escolar e de construção, já que os preços eram um pouco menores do que aqueles oferecidos pelos atravessadores em Melgaço, a ponto de valer a pena viajar duas horas num pequeno barco local para gastar suas economias. Todo barco de Belém até Melgaço – e vice-versa – fazia uma escala obrigatória no *hidroviário* de Breves. Sua orla ficava repleta de barcos de todo *calado* enquanto mercadorias, veículos, gente des/embarcavam intensamente. Era visível como a pequena metrópole pulsava em expansão crescente – ritmo muito diferente do que eu encontraria em Melgaço.

A primeira quinzena de trabalho de campo no Pará, ainda em 2004, foi dividida entre alguns dias iniciais em Belém, visitando bibliotecas, a Secretaria Estadual de Saúde, a UFPA e o Museu Goeldi, e outros dias em Breves. Só depois eu seguiria para o meu destino final, onde permaneci por vários meses (tanto em 2004 quanto depois, em 2005). Breves sediava a 8ª Região de Proteção Social (responsável por oito municípios da

região, também Melgaço), onde pude conhecer a equipe que se encarregava dos serviços obstétricos, inclusive o parto domiciliar e o *cadastramento* das parteiras da região. Com base nessa lista de nomes, a RPS, vez por outra, dinamizava reuniões, distribuía *benefícios* como cestas básicas e luvas descartáveis e convidava estas mulheres (por visita, carta oficial ou mensagem pelas rádios) para os *cursos de treinamento*. Assim, minha primeira iniciativa em Breves foi visitar a RPS e conhecer a lista de parteiras, que vinha sendo completada ano a ano, acompanhando as contínuas levas de migração urbana para Breves. Como não havia qualquer evento que, por aqueles dias, lhes fosse congregar, decidi, com a lista em punho, visitar algumas das parteiras da cidade. Embora meu foco fosse Melgaço, eu sabia do histórico intercâmbio entre as duas cidades, e aproximar-me minimamente da realidade de Breves era importante para formar uma visão panorâmica e regional do atendimento em casa. D. Rita foi uma das primeiras parteiras que visitei, contudo, eu não imaginava o efeito que esse giro pelas casas das atendentes iria provocar.

Numa daquelas manhãs quentes do verão amazônico (isto é, a estação sem chuvas concentrada no segundo semestre do ano), munida de uma garrafa de água mineral, um pequeno bloco de notas e uns trocados, eu procurava a casa desta parteira, uma das mais conhecidas localmente e que me tinha sido muito indicada pelas minhas amigas do Grupo Curumim, organização não governamental feminista pernambucana com quem travei primeiros contatos nesse campo de pesquisa. O ritmo urbano se desacelerava com a proximidade da hora do almoço, e quem passava por mim parecia lançar um olhar curioso que eu supunha ser uma tentativa de entender quem eu era, de onde eu vinha e o que estava fazendo ali, várias ruas *para dentro* (e, geralmente, menos prestigiosas) em relação à linha do rio. Com um mapa, encontrei a rua e o número indicados. Dois meninos pequenos brincavam na estreita varanda da casa. Pela porta aberta, um rapaz na casa dos trinta anos viu minha aproximação. Perguntei por D. Rita, e ele disse que iria chamá-la. Permaneci do lado de fora da casa até que uma

senhora sexagenária saísse à varanda com um largo sorriso. Tinha a característica pele amarronzada que eu identificava entre seus conterrâneos, longos cabelos grisalhos, crespos e presos em um coque, e um avental sobre uma camiseta de alguma campanha eleitoral antiga, e disparou:

Soraya, minha querida, que bom que você chegou! A Paula me telefonou há um mês, mais ou menos, e me disse que vinha uma amiga dela. Que felicidade, você finalmente chegou! Ela não sabia direitinho quando você chegaria. Eu estava ali na cozinha e vi uma menina vindo e pensei, “É a amiga da Paula”. Eu senti no meu coração que era você. Falei pro meu marido e pro meu filho, “Olha lá aquela moça, acho que é a Soraya”. E aí, você bateu aqui em casa. E, ontem, eu pensei nisso porque eu sonhei que você estava vindo.

Levei um susto com tanta receptividade e só aos poucos fui entendendo por que D. Rita facilmente me identificara ao chegar à sua casa. Nestes últimos 10 anos, Paula Viana, enfermeira e diretora do Grupo Curumim, tinha estado muitas vezes nesta região marajoara entrevistando, treinando e convivendo com as parteiras. O estreito vínculo com Paula já havia predisposto D. Rita para minha chegada.

Adiante em minha lista com os endereços de parteiras locais, ora encontrei casas absolutamente lacradas, o que indicava a ausência de toda a família por um período razoável, ora filhos e familiares me explicavam que a dona da casa tinha ido atender uma filha *no interior* ou resolver alguma pendência, geralmente burocrática, na comarca da capital. Mas, na maior parte das casas em que fui recebida, como no exemplo de D. Rita, houve uma menção sempre exclamativa: “A Paula é muito querida aqui em casa. E, nossa mãe, como você parece com ela!”. Sugiro que a referência recorrente à Paula e à nossa similitude seja aqui re-tida, para que, abaixo, eu possa retomá-la com mais vagar. Por enquanto, continuemos refazendo meu percurso até a “cidade das parteiras”.

2. De Breves a Melgaço

Para continuar até Melgaço posteriormente, tomava-se um pequeno barco de madeira, que poderia estar carregado de gente, redes, doentes, botijões de gás, pacotes de *mortandela*, frangos congelados, verduras, eletrodomésticos – sinais da “dependência” de Melgaço em relação ao abastecimento externo. No início, eu atava minha rede perto dos coletes salva-vidas, com receio que o peso e a idade da tímida nau não aguentassem. Eu sempre medi a distância até a *beira* mais próxima, calculando se meu preparo físico me permitiria nadar até ali. Depois de tantas idas e vindas, tratei de ficar mais corajosa e aproveitar para conversar com meus vizinhos de rede. Aos poucos, eu aprendi como o rio era uma via de acesso, tão naturalizada como a rodovia para nós, só que muito mais bela e confortável.

O Rio Pará, enorme e com sua característica cor “pardo alaranjado sujo” (Bates, 1944: 31), nunca era um rio intacto e contínuo. Moju, Aluá, Piracumba, Piriá, Mutuacá, Guajará, Tajapuru eram nomes para *furos*, *igarapés* [que, em tupi, significa “passagens de canoa” (Bates, 1944: 110)], afluentes, braços, rioszinhos menores que partiam e desaguavam neste imenso “riomãe”. Com pouco menos de duas horas seguindo por este largo Rio Pará, chegamos à Baía de Melgaço, que se abriu generosa à frente da cidade. Eu sabia ser uma cidade pequena, dados os relatos, fotos e mapas que pude recolher de antemão. Mas, do barco, eu só consegui ver uma fileira de casas na *beira*, uma ou outra com dois andares. Uma antena possante se erguia acima de tudo, e quatro *jambeiros* frondosos davam um ar bucólico ao *trapiche* da cidade. No canto direito, vi uma igreja branca com duas torres pintadas de azul.

À medida que a pequena nau chegou perto do *trapiche*, o barqueiro me alertou: “Não deixe os carreteiros te cobrarem mais de R\$3,00. Será abuso porque a senhora é de fora”. *De fora*, essa seria uma categoria que eu ouviria quase que diariamente ali. Tão logo eu desembarquei no *trapiche* de Melgaço, Saracura, um homem de pele amarronzada, cabelos muito pretos e lisos e

olhos rasgados pela ascendência indígena, rapidamente colocou minha mochila sobre seu *carreto*, um tablado de madeira sobre um eixo com duas rodas de carro. Expliquei que o destino era a casa de D. Dorca. “Ah, a parteira que mora lá atrás. Eu sei quem ela é. Vamos lá”, disse ele rapidamente. Notaria, mais à frente, que ser *de fora* e morar com os *de trás* (aspectos que serão melhor detalhados adiante) me conferiria um *status* ambíguo, que, como mostrarei nesse capítulo, eu tentei usar a favor da pesquisa, num esforço sempre reflexivo que contribuísse para a interpretação antropológica.

No *trapiche*, havia muitos barcos atracados, de todo tamanho, origem e objetivo. Uns faziam linhas marajoaras, outros eram de famílias que vinham abastecer suas cozinhas e guardarroupas em Melgaço. Em geral, o *trapiche* era um espaço masculino. Eu via homens consertando motores, bebendo, jogando cartas e dominó, vendendo camarão, açaí, roupas, relógios, redes etc. Eu recebia olhares curiosos, mas sentia que aquela cidade com aproximadamente 3.180 habitantes (IBGE, 2000)⁶ estava acostumada com o ir e vir de pessoas *de fora*. Por enquanto, eu era só mais uma delas, poderia ser uma *peessoa da saúde, do governo do Estado, de Brasília* ou uma *freira*, exemplos que frequentavam a região, como eu viria a notar depois já que tentaram me classificar em todos eles.

Saracura escolheu me guiar pela rua *da frente*, que acompanhava a orla, perpendicular ao *trapiche*. Naquele começo de tarde, Melgaço estava quase deserta. O calor intenso rendia a população às redes e à sombra. Via, naquela rua que parecia a principal, farmácias, *mercantis*, lojas de roupas de bebê, agência de correios, um modesto hotel, dois bares – todos fechados. Ali estava também o prédio da prefeitura, do qual, do rio, eu notara os dois andares, mas que agora me parecia decadente. O letreiro, onde um dia constou o nome do prefeito construtor, estava

⁶ Contamos apenas com dados mais atuais para o município como um todo. Segundo o IBGE (2009), na área total de 6.774 km², a estimativa é que Melgaço tenha cerca de 17.657 habitantes.

todo esburacado. As portas de vidro, quebradas. Não via uma viva alma em suas salas vazias, embora para mim fosse “horário comercial”. Um cachorro dormia profundamente no corredor interno. Só com o tempo, eu passaria a entender melhor os ritmos da cidade, relativizando esta ideia etnocêntrica e precipitada de “indolência” que me acometeu naquele primeiro momento. Depois de um par de ruas, tomamos um caminho de areia bem mais largo. A um lado, uma garagem da prefeitura e um tímido cemitério, do outro lado, as já conhecidas casas de madeira, cobertas de palha de *buçu* ou telhas de eternit, jiraus e poços d’água à frente e algumas plantas medicinais e flores ornamentando a entrada dos terrenos que, quase nunca, eram definidos com grades ou cercas.

Na última rua, ao lado de uma grande caixa d’água de concreto, Saracura parou. “Ali é a casa da velha”, apontou. No *jirau*, uma senhora bastante idosa com cabelos brancos em desalinho estava sentada com um ar entristecido e alheio. Depois que eu me apresentei, ela disse: “Ah, você é a moça que a Dorca está esperando. Hoje, ela tá pro *centro*. Deve voltar no final da tarde”. Saracura inflacionou o preço, como era esperado, e eu negocieei. Ele deixou minhas coisas sobre o *jirau*, eu agradei, e ele foi procurar outro cliente. Me sentia constrangida de chegar sem que a anfitriã estivesse em casa. Pensei em ir até o “centro” para tentar procurá-la. Mas, como vim a entender, *centro* não era a praça central, rodeada pela prefeitura, a igreja matriz e uma sorveteria. Primeiro, em Melgaço a “praça” ficava na beirada do rio. E, segundo, *centro* era a roça, o *terreno*, o *retiro* de onde várias famílias de Melgaço tiravam seu sustento da agricultura. Estes *centros* geralmente ficavam a alguns quilômetros de distância deste diminuto aglomerado urbano, onde nos encontrávamos.

Esta senhora do *jirau*, D. Nair, como vim a saber, era a mãe octogenária de D. Dorca. Também fora parteira e, à época da pesquisa, vivia num *puxadinho* de poucos metros quadrados ao lado da casa da filha. Naquelas duas horas, D. Nair me adiantou espontaneamente vários dos conflitos domésticos que eu iria conhecer aos poucos durante minha estada. Contudo, não somente

seu desabafo verborrágico e desanimado me fez desconfortável – eu também observava com reservas a casa onde eu moraria nos próximos tempos. Também ali, fora Paula *do Curumim*, que por tantas vezes já estivera na cidade trabalhando com as parteiras, que consultara D. Dorca sobre a possibilidade de me receber em sua casa por alguns meses. D. Dorca havia generosamente concordado, e sua família aguardava minha chegada por aqueles dias. Em todo quintal que circundava a casa, eu via sacos plásticos, pedaços de papel, cascas de frutas, chinelos velhos, latas enferrujadas. “Lixo”, “pobreza”, “bagunça” seriam ideias que eu relativizaria à medida que compreendesse seus sentidos locais e deixasse minhas lentes originais um pouco de lado.

No final daquela tarde, D. Nair e eu vimos um casal vindo da direção do pôr do sol. Ele, um homem quase nos 70 anos de idade, branco e forte, vinha de short surrado, camiseta amarrada na frente e chinelas. Ele pedalava uma bicicleta sem freios e com um grande saco de farinha na garupa. Era *seu* Benedito, segundo esposo da parteira. A pé, um pouco mais atrás, vinha D. Dorca, uma mulher morena, na casa dos 60 anos, barriguda e baixinha, que carregava uma enxada e outro saco recheado de farinha. Ambos tinham passado o dia inteiro na *lida da mandioca*, descascando, ralando e torrando o produto do tubérculo. Só depois do banho, eu conseguiria distinguir seus traços. Uma mulher com olhos pretos rodeados por vincos, cabelos muito lisos e longos, sempre presos num coque alto, e um par de dentaduras que se abriam com frequência num sorriso morno ou numa risada contagiante. No dia a dia, a parteira usava saia abaixo do joelho, camisetas de antigas campanhas políticas e, quando saía para atender pacientes, levava debaixo da asa uma pequena bolsa preta (que parecia uma *nécessaire* de viagem mas que continha algodão, tesoura, gazes etc.) e a neta Andréia, com 10 anos à época. Esta não era apenas sua companheira assídua nas *pernadas* pela cidade como também, e justamente por isso, provável sucessora no trabalho do partejar. Andréia se tornaria, também para mim, agradável e mimosa companhia para me mostrar a cidade, explicar como chegar à casa de alguma parteira

e corrigir os nomes dos personagens que ela lia na tela do meu *lap top* enquanto eu escrevia meus diários de campo. E também me pedia ajuda em seus deveres de matemática ou para ler contos de fada na hora de dormir, cada uma na sua rede, dentro do mesmo e pequeno quarto. Com Andréia, eu descobriria o valor das crianças no trabalho de campo, não só como generosos informantes e guias-mirins, mas como amigadas lúdicas e menos exigentes do que aquelas que travei com adultos. Como vários antropólogos já comentaram, as crianças logo percebiam e aceitavam o fato de se estar em constante aprendizado, e a exigência por cumprir plenamente um certo papel de adulto era flexibilizada.

Depois do dia no *centro* e da *boia* noturna, D. Dorca acertou comigo alguns aspectos logísticos iniciais, em que cômodo da casa eu deveria *atar* a minha rede, rotinas de seus atendimentos que eu poderia acompanhar, contra-dádivas que seriam bem-vindas na casa etc. No dia seguinte, nós duas começamos a trabalhar. Ela me explicou nossas atividades daquela manhã: encher o tanquinho para os banhos matutinos, tomar um gole de café, visitar uma moça recém-parida e ir até à casa de duas parteiras da cidade. Assim se sucederam os meses que passei em Melgaço, eu lhe acompanhava diariamente em sua rotina pelas casas de mulheres *buchudas*, em trabalho de parto e no resguardo. D. Dorca chamava essas *pernadas* pela cidade de *voltas*, e eu me incumbi de acrescentar um adjetivo, “*voltas clínicas*”. Aos poucos, lhe acompanhando, fui conhecendo um pouco mais da cidade – os ritmos e espaços percorridos pelos seus personagens.

Melgaço acordava muito cedo. seu. Benedito, esposo da parteira, e todos aqueles que trabalhavam na agricultura, se despertavam bem antes do sol aparecer. Em casa, levantávamos pouco depois das 6h da manhã. D. Dorca alimentava suas *criações*, puxava água do poço para a cozinha e o banheiro e deixava ordens – lavar a casa, limpar o quintal e/ou o banheiro e fazer o almoço – para os três netos adolescentes que *criava*. Dividíamos um pouco de pão e café e partíamos para as visitas. Quando chegávamos às casas de outras mulheres, já perto das 7 horas, elas

havam repetido tarefas semelhantes. E, àquela hora, poderiam estar alimentando, banhando e vestindo os filhos que iam para escola ou pré-escola na parte da manhã. Ou mesmo poderiam estar varrendo a casa e o terreiro ou batendo uma roupa na tina de alumínio. As crianças ajudavam as mães na lida diária, *debulhando urucum*, carregando baldes d'água, *reparando* os irmãos menores etc.

Se, por algum motivo, chegássemos um pouco depois das 9h, era difícil encontrar as mulheres em casa. A essa hora, possivelmente estariam a cargo de outros afazeres: no mercado comprando ou *afiando* um pouco de carne de segunda, no correio para receber os *benefícios* (e.g. bolsa família, bolsa escola), na *unidade de saúde* tentando uma *ficha* para consulta ou apanhando resultados de *exames*, no *posto de saúde* com um filho com *febre* ou *tosse*, na prefeitura tentando uma passagem até Breves etc. Durante as manhãs, havia muito por se fazer e, se não chegássemos cedo, essas mulheres só estariam disponíveis depois que almoço, calor intenso e cochilo já tivessem passado. Neste momento, quando eu me aventurava até a prefeitura para usar a internet, eu podia vê-las nos *jiraus*, dormindo nas redes com os pequenos rebentos, costurando ou cerzindo roupas, fazendo alguma peça em crochê. Só adolescentes corajosos eram encontrados, sob este sol forte do meio dia, na *beira* ou no porto do Moconha se divertindo no rio.⁷ Só de tardinha Melgaço reavia sua vitalidade e, se eu tivesse chegado à cidade neste horário, estou certa de que minha primeira impressão teria sido bem menos desoladora.

Ao final da tarde, as crianças voltavam das aulas e procuravam companheiros para andar de bicicleta, jogar futebol ou catar cajus e ingás. As moças tomavam banho, colocavam suas curtas saias e tops de lycra e saíam juntas para passear e *espíar* um possível pretendente que trabalhasse num bar ou em algum barco.

⁷ O *trapiche* à frente da cidade, onde eu cheguei, era usado por embarcações menores. Dada a parca profundidade desta porção da baía, fora construído a uns três quilômetros adiante um segundo porto, o do Moconha, para os grandes barcos de linha. Era esta maior profundidade que atraía os banhistas.

Os agricultores voltavam do *retiro* e tudo que queriam era, nessa ordem, banho, janta e rede. O cair da noite em Melgaço era, para mim, o momento mais bonito: a baía se turvava de cobalto, o céu se matizava com raios rosáceos do sol, as cores ficavam mais distintas e frescas. Depois que a parteira ia para aula e tudo ficava escuro na cidade⁸, eu me recolhia ao diário de campo. Não participava, portanto, do próximo turno em que moças e rapazes saíam do supletivo e iam se encontrar na orla, num bar ou *no mato*, como os mais velhos costumavam recriminar. Sobretudo nos finais de semana, o clima de sedução, bebida e *aparelhagem* tomava a parte da *frente* de Melgaço. De manhã e nos próximos dias, ouviríamos as fofocas sobre os que haviam chegado muito tarde em casa, quem havia dormido com quem, que menstruação não havia *descido* etc. E, como fui entendendo aos poucos, todos esses assuntos, de uma forma ou de outra, esbarrariam no trabalho das parteiras, como veremos ao longo deste livro.

Notei que um par de categorias – *da frente* e *de trás* – era especialmente significativo para estabelecer contrastes e alteridade em Melgaço. Detalho este par que julgo estruturante porque, nos capítulos seguintes, nos servirá para entender e contextualizar a etnografia que proponho sobre os serviços obstétricos oferecidos pelas parteiras. Como as cidades ribeirinhas crescem de forma paralela aos rios, *frente* e *trás* são duas categorias bastante recorrentes na Amazônia (e.g. Brabo, 1979; Ferreira Penna 1971-1973: 107; Baia, 2004: 35).⁹ De fato, até a década de 1970, só havia estas duas ruas na cidade, mas o interessante é notar que a mesma estrutura se reproduz e mantém até os dias atuais: estas duas ruas viraram duas partes, duas metades, duas parcelas da cidade.

⁸ D. Dorca, contando com sua boa circulação entre as autoridades da cidade, conseguira que uma professora da Secretaria Municipal de Educação fosse destacada para oferecer aulas ao grupo local de parteiras. Em 2005, a turma estava terminando a segunda série primária, pois a maioria havia abandonado os estudos ainda na infância. De segunda à sexta-feira, ela comparecia às aulas de 19 às 21h.

⁹ Outras etnografias também já mostraram o mesmo. A porção da *frente* de uma cidade ou bairro é geralmente mais valorizada, seja porque está perto das ruas asfaltadas (e.g. Fonseca, 2004), seja porque tem acesso mais fácil aos empregos, à “modernidade”, ao centro (em oposição provisória à periferia) de sentidos de um espaço específico (e.g. Fasano, 2006).

Antes mesmo que me informassem onde cada trecho começava e terminava, eu pude notar as seguintes características. Na *frente*, chamada por Baia (2004), um geógrafo local, de “centro tradicional da cidade”, as ruas eram asfaltadas, havia calçadas de cimento, e o lixo era recolhido diariamente (pelos *varredores de rua*, geralmente moradores *de trás*). Havia iluminação pública e muitas das casas eram feitas de alvenaria. Aí se concentravam as pessoas que estudaram (pelo menos concluíram o ensino fundamental) e eram *empregadas* (isto é, tinham vínculo empregatício, geralmente com a prefeitura). Além desses motivos, a participação de redes familiares e sociais que se alternavam no poder local também lhes facilitava possuir motos, antenas parabólicas e aparelhos de celular, e muitos domicílios contavam com empregadas domésticas ou babás (também recrutadas na parte *de trás* da cidade). Provavelmente, muitas destas pessoas haviam sido *de trás* ou do *interior*: trabalharam na *roça*, em *casas de família* ou em postos menos hierárquicos na prefeitura e, aos poucos, ascenderam ao conseguirem montar um pequeno comércio ou ao serem favorecidos por apoiarem um governo eleito, por exemplo.

Na *frente* moravam também as pessoas *de fora*, ou seja, aquelas que vinham temporariamente a trabalho (técnicos da prefeitura, equipe de saúde). E a experiência (dos *de trás*, especialmente) era de que os *de fora* sempre iam embora rápido demais. Antes de saber de onde eu vinha ou por que estava ali, uma das primeiras perguntas que sempre me dirigiam era: “Dona Menina, quando a senhora vai embora?” ou “Quanto tempo a senhora vai ficar aqui conosco?”. E se surpreendiam – tanto os *de trás* quanto os *da frente* – quando eu dizia que ficaria por alguns meses. O susto só não era maior comparado ao que levavam ao saber que eu moraria com uma parteira, na parte *de trás* da cidade.

moradores. As casas eram servidas das famosas *casinhas*, por vezes, próximas demais dos poços. Algumas destas famílias tinham bicicleta, televisão, geladeira, fogão, máquina de lavar roupa, *batedeira* de açai e aparelho de som, itens frequentemente emprestados ou alugados aos vizinhos que não possuíam esses bens. As mulheres *de trás* com mais de 15 anos eram, em sua maioria, casadas e donas de casa. Elas tinham, em média, três a quatro filhos de, no mínimo, duas uniões subsequentes. Eram elas também que, geralmente, *assinavam os cartões de benefícios do governo*. As poucas mulheres que trabalhavam fora de casa eram empregadas, babás ou lavadeiras em *casas de família*, outras vendiam lanches pelas ruas, pouquíssimas trabalhavam na prefeitura. Já os homens *de trás*, além de tocarem a subsistência no *centro*, eram vistos com seus *carretos*, varas de pescar ou ferramentas de *calafate*. Como as mulheres, raros eram funcionários da prefeitura.

As pessoas *da frente* pouco circulavam e, por isso, pouco conheciam a realidade *de trás*. Na prefeitura, na unidade de saúde (geralmente chamada apenas de *unidade*), nos *mercantis*, eu ouvia as pessoas *da frente* definirem os vizinhos *de trás* como *sujos, pobres, ignorantes etc.* Também por isso as pessoas *da frente* eram frequentemente acusadas de *pavulage* pelas pessoas *de trás*. Eu primeiro ouvi essa interessante categoria sendo usada pelos filhos, netos e noras de D. Dorca, e foram eles que, em franca diversão com minha curiosidade, me traziam exemplos diários de seu uso. Contaram que algumas pessoas *da frente* limpavam-se discretamente depois de trocar apertos de mão com os *de trás*. Quando os *da frente* se “aventuravam” lá de *trás*, tido sempre como muito *longe*, recusavam água ou café oferecidos nos *jiraus* e daí tampouco passavam, evitando entrar nas casas tidas como *sujas*. Ou, então, os comerciantes suspeitavam que os *de trás* vinham lhes roubar as mercadorias. Demorei a entender a razão pela qual netos menores de D. Dorca me chamavam constantemente para lhes acompanhar até as lojas. Mais do que minha companhia ou dinheiro, precisavam de minha autoridade como pessoa *de fora*, numa espécie de “fiadora moral”, para simplesmente circular entre as prateleiras e observar os produtos. Ao

que parece, a ideia de *pavulage* tinha intuito classificador e delimitava transgressões entre as metades da cidade, constituindo-se em uma categoria útil para entender as diferenças espaciais, simbólicas e sociais na cidade. É importante lembrar que a expressão *pavulage* era usada também entre os *de trás*. D. Dorca me disse, por exemplo, que D. Dourada, parteira que vivia e atendia no interior, era muito *pávula* porque havia feito um único curso de treinamento e “achava que já sabia tudo”.

3. O trabalho de campo em Melgaço: A antropóloga como *xérox*, doutora e ajudante

A essa altura, gostaria de retomar um ponto que apenas anunciei páginas atrás, no intuito de aprofundar um pouco mais sobre a minha chegada e identificação em Melgaço. Já é um consenso na disciplina a necessidade de se reconhecer como os antropólogos foram situados em campo para, diante do perfil de sua parcialidade, poder acompanhar os dados e análises apresentados (e.g., Haraway, 1995; Geertz, 1988).

Tanto em Breves quanto em Melgaço, a alusão à semelhança que eu guardava com a enfermeira pernambucana do Grupo Curumim, Paula Viana, acompanhou insistentemente os primeiros tempos de campo. Já com alguma intimidade, algumas parteiras começaram a me chamar de “irmã” ou “cópia da Paula” ou simplesmente “xérox”. O que significa uma pesquisadora, embora recém-chegada e desconhecida, representar uma imagem familiar? Como é ser sócia justamente da pessoa que lhe serve de referência e chancela para a chegada em campo?

De fato, por coincidência, eu parecia fisicamente com Paula, contudo, no início, essa constante alusão me incomodava. Embora minha relação com Paula Viana sempre tenha sido de muita afinidade e amizade, eu identificava muita diferença entre nós duas, especialmente sobre nossas profissões e motivações para conviver com as parteiras. Novamente, ambas tínhamos curiosidade em conhecer melhor a realidade do parto domici-

liar realizado por parteiras, mas eu nunca tive a intenção de lhes “ensinar” ou “corrigir” as práticas obstétricas, nem tampouco estava ali para aprender com elas ou então aperfeiçoar uma técnica específica do partejar. Hoje percebo que, por trás de meu incômodo quanto a essa semelhança, estava o melindre histórico de a Antropologia promover qualquer “alteração” no grupo etnografado. Embora essa não seja a intenção orientadora da disciplina, nossa presença, olhar e perguntas frequentemente induzem a iniciativas recíprocas de autocrítica, e os dois lados acabam por se rever, absorvendo ou não inquietações que pairam no ar.

Ser uma *sósia* me remetia ao fato de que eu estava sendo avaliada e compreendida dentro de classificações já em uso por essas pessoas. Lembavam-me que eu chegava a um espaço com história, com vivências próprias e anteriores. Por mais que esperemos ser definidos por nossos interlocutores, alimentamos alguma expectativa romantizada de que este encontro seja novo, único e especial em alguma medida. Eu chegava a um espaço altamente transitado por outras pessoas vindas *de fora* e *de longe* – uma complexa trama de trocas e uma rede de informações atualizada e eficiente.

É preciso ir além: em que sentido Paula e eu nos parecíamos? Além de sermos brancas, vindas de alhures e com outros padrões de consumo (portávamos *lap tops*, câmeras fotográficas, cadernos e livros etc.), Paula e eu também éramos mulheres viajando sozinhas. Repetidamente me perguntavam se eu era casada e, como pergunta seguinte, “se meu marido havia permitido minha ausência por tanto tempo”. As mulheres, como os homens, viajavam muito pela região, mas elas eram sempre vistas acompanhadas de seus maridos, filhos ou parentas. Era necessário, como eu presenciei algumas vezes na casa onde eu vivia em Melgaço, a parteira negociar o motivo e o dinheiro envolvidos em uma viagem e sempre havia dia certo para que voltasse. Paula e eu também nos parecíamos no trânsito relativamente independente que traçávamos pelas cidades. *Seu César*, o simpático vigia da *Casa do Museu* [Goeldi], onde ficávamos hospedadas em passagem por Breves, comentou numa tarde:

Eu ficava impressionado com a Paula. Ela me perguntava onde era uma coisa. Eu explicava e lá ia ela. Sempre encontrava o lugar. Ela rodava Breves toda. No dia que ela chegou, já conseguiu uma bicicleta”

Paula e eu seguíamos comportamentos não muito esperados – ou recomendados – às mulheres jovens e sozinhas. Longe ainda de *virarmos homens* (como são chamadas as mulheres já menopausadas), gozávamos de uma liberdade que não era apropriada para nossa idade e sexo, e isto incomodava, em maior ou menor grau, as pessoas com quem convivíamos. Mas havia alguma tolerância porque se sabia que éramos *de fora* e que ficaríamos ali por um período limitado. Portanto, Paula e eu compartilhávamos muito mais do que rosto, olhos e cabelos castanhos, óculos e roupas largas e confortáveis, e talvez nossa aparência física só reforçasse, aos olhos de nossos convivas, que tínhamos tantos outros aspectos em comum.

Parecer com Paula foi muito oportuno para minha pesquisa. Primeiro, porque Paula era uma referência muito, muito positiva naquela região. Carinho, saudade e admiração eram-lhe dirigidos constantemente. Ela já tinha morado em Breves por alguns meses, enquanto fazia uma pesquisa para seu curso de especialização. Tinha dado aulas, distribuído *kits* de material obstétrico, tirado fotos, participado de *puxações* e partos domiciliares. Tinha defendido as parteiras publicamente, em momentos de tensão com as autoridades sanitárias e com clientes maus pagadores. Tinha tomado café, sentada horas a fio nas varandas dessas parteiras e ouvido os casos heróicos de atendimento floresta adentro. Tinha conhecido as famílias e os *filhos de umbigo* de tantas parteiras. À Paula se dirigia uma imagem positiva de *doutora*, contrastando radicalmente com outros médicos e profissionais da saúde que, por um motivo ou outro, haviam criticado, repreendido, expulsado as parteiras dos espaços hospitalares da cidade. D. Rita, numa das outras visitas que lhe prestei, disse, apontando os laços de afeto fortemente estabelecidos com Paula:

A Paula é muito querida aqui em casa. Todo mundo lembra dela. Naquele dia, quando eu te vi chegando, pensei, “Nossa, aquela moça parece com a Paula”. Eu tenho várias fotos com ela. Depois, vou procurar para te mostrar. Ela disse que adorava comer açaí grosso aqui comigo, aqui nessa cozinha. Quando ela me liga, eu digo “Ai, Paula, que saudade! Quando você vem por aqui? Ai, Paula”. Quando ela veio, em julho [de 2004], trouxe uma tesoura para mim, porque eu não tinha. Mas ela disse que não era para eu dizer para as outras parteiras. Era só para mim que ela estava dando. O primeiro curso que eu fiz foi dia 19, 20 e 21 de maio [de 2003]. Dia 21 foi meu aniversário. Fizeram bolo para mim e cantaram parabéns. Foi ótimo. A Paula passou foi tempo aqui em Breves. Ela veio muitas vezes aqui em casa. Eu dei muitas entrevistas para ela. Ela tirou fotos de eu atendendo as buchudas.

Assim, Paula portava um carisma muito especial que, face à simples menção de seu nome, fazia as parteiras e seus parentes abrirem sorrisos e portas para mim. Entendo que, mesmo se ela não tivesse tido a gentileza de telefonar para D. Rita e D. Dorca antes de minha chegada, por exemplo, nossa similitude física e nosso laço anterior provavelmente teriam provocado o semelhante efeito hospitaleiro que senti nas duas cidades.

Além disso, ao me associarem à Paula, percebo como, de fato e para meu horror, eu parecia muito mais com o mundo biomédico do qual eu tanto queria me afastar. Minha postura e as expectativas a mim dirigidas, muito mais do que minhas relações anteriores (com Paula e o Grupo Curumim, por exemplo), reforçaram o fato de eu portar o que denominei de um “jaleco invisível”. Pela forma como eu cheguei e as primeiras perguntas que eu disparei fizeram com que eu fosse identificada como uma *doutora*. Chazan (2005), por exemplo, em seu estudo nas clínicas de reprodução assistida no Rio de Janeiro, comentou como, mesmo médica de formação, preferiu tirar seu jaleco visível para deixar que sua identidade fosse definida de forma menos imediata. Preferiu observar os resultados desta ambiguidade. No meu caso, o caminho foi inverso: embora

eu não me apresentasse como médica (que, de fato, não sou) e embora eu não portasse símbolos por mim identificados como biomédicos, eu fui tida, pelo menos inicialmente, como *doutora* e, só com o tempo, esse “jaleco” foi sendo esquecido e passei a portar uma ambiguidade que me trouxe uma sensação muito mais confortável em campo. Chazan partiu da ambiguidade; eu, com o tempo, cheguei até ela deliberadamente. Como relatarei abaixo, a descoberta de que eu não era *doutora* desapontou muitas parteiras, mas promoveu um contato menos verticalizado entre nós, me permitindo mais liberdade de circulação.

3.1 O “jaleco invisível”

Uma das minhas principais preocupações, enquanto eu estava em campo, era de que o simples fato de ter sido referenciada por Paula, que era enfermeira e professora nos cursos de formação para parteiras, já definisse meu perfil e assim o mantivesse permanentemente associado ao mundo biomédico. O que noto hoje, alguns anos depois, é que, sim, havia um primeiro impulso de me associarem às intenções e atitudes de pessoas que até então haviam chegado à região com o propósito de contribuir com a prática destas parteiras. Porém, muito além das impressões e referências deixadas por Paula, foram as minhas próprias escolhas de abordagem e trato em campo que realmente reforçaram esse primeiro impulso. Embora nos diários de campo, sobre esses meses iniciais na região, haja trechos como “Temo ficar engessada” ou “Não quero já ser classificada”, reconheço duas coisas: primeiro, eu mesma vesti o “jaleco invisível” sem perceber e, segundo, este jaleco não necessariamente me restringiu em campo. Notei que nenhuma definição, mesmo a de “parteira” ou de “doutora”, era permanente ao longo do tempo e, de fato, mudava dinamicamente em relação aos diferentes atores. A seguir, mostrarei como fui tida como *doutora* e, depois, como esse personagem foi paulatinamente nuançado pelas minhas interlocutoras.

Como já reportei, em Breves, fui visitar uma dúzia das dezenas de parteiras que, segundo a lista da RPS, viviam na cidade. Chegava, perguntava pela parteira Fulana de Tal e, estando em casa, eu era prontamente recebida. À anfitriã, eu explicava que tinha chegado há poucos dias e que tinha vindo para fazer uma pesquisa para meu doutorado sobre as parteiras da região. Dizia também que tinha conseguido seu endereço na RPS. No caso de Melgaço, não foi preciso acionar a lista da RPS pois D. Dorca se incumbiu de me introduzir no campo. Ela deduziu que meu objetivo era conversar, “entrevistar”, como ela definiu, *todas* as parteiras da cidade. Como presidente da Associação de Parteiras Tradicionais de Melgaço à época, ela me levou, em uma espécie de *tour*, às casas de suas 21 colegas. Por várias vezes, cogitei não mais seguir com esse *tour*. Pensava que deveria ter deixado que minha relação com a cidade e suas parteiras fluísse mais naturalmente. Mas, uma vez começado, parar também geraria problemas para D. Dorca, como ela mesma lembrou. Um dia eu lhe perguntei se ela estava me conduzindo nessas visitas ou se ela tinha mesmo que as fazer, independente de minha presença. Ela respondeu: “Eu acho bom te levar porque se não vão reclamar que a senhora veio aqui e não foi visitar elas. Não quero que falem isso”. Alguns meses depois, também me contou: “Sabe, uma vez veio uma mulher aqui fazer uma pesquisa sobre as parteiras. Ela queria entrevistar 10 clientes de cada parteira. Ela ficou brava comigo porque eu não consegui levar ela em 10 clientes”. Assim, D. Dorca atendia ao que imaginava ser esperado de uma “pesquisadora” ao mesmo tempo que procurava zelar pela fina etiqueta de reconhecimento, que existia e ela contribuía por manter, entre as parteiras. Ela percebia ter alguma ascendência por ser presidente da associação e por receber em sua casa uma visita *de fora*, corria o risco de ser criticada caso retivesse esse “capital” apenas para si mesma. Sabia que ser tida como *pávula* lhe indisporia com suas colegas de trabalho.

Assim, tanto em Breves quanto em Melgaço, meu primeiro contato com o grupo de parteiras se deu por meio de visitas domiciliares espontâneas, acompanhadas ou não por outra parteria e relativamente rápidas, de no máximo meia hora de duração. Nas duas cidades, sentávamos na varanda ou, em

alguns casos, na sala de estar da casa. Café e água me eram oferecidos. Em seguida, eu começava a dirigir uma série de perguntas, mais ou menos fixas, conforme as informações e a trajetória específica de cada mulher. As perguntas eram pinçadas, mais ou menos, do seguinte roteiro:

- A senhora é parteira desde quando?
- Como a senhora começou a ser parteira?
- A senhora tem outras parteiras na sua família?
- Por que a senhora mudou para cá, para a cidade?
- Como a senhora ficou conhecida como parteira, uma vez aqui na cidade?
- Quantos partos a senhora já fez na vida? Quantos foram feitos aqui? E no interior?
- A senhora já passou por algum aperreio?
- A senhora faz muita puxação?
- A senhora já fez algum curso? E quem deu o curso? A senhora se lembra das coisas que ensinaram lá no curso? O que a senhora aprendeu de novo no curso?
- Quando perguntam sua profissão, a senhora diz o quê?
- Quando foi o último parto que a senhora atendeu?
- A senhora cobrou por esse parto?
- Qual é a melhor posição para um bebê nascer?
- A senhora é da associação? Como é o trabalho na associação? Por que a senhora acha importante participar? Para que serve a associação, na sua opinião? Como foi a última reunião, por exemplo?
- Tem alguma parte chata de ser parteira?
- A senhora tem alguma buchuda no momento? A senhora está contratada por alguém agora?
- Como uma mulher aqui da cidade escolhe a parteira, já que há tantas aqui?
- Quais são as parteiras mais procuradas aqui na cidade?
- [No caso de Melgaço] O que a senhora acha desse novo hospital que estão construindo? A senhora acha que esse hospital vai mudar a vida das parteiras daqui?

Nem todas as perguntas eram dirigidas a cada entrevistada, mas todas as mulheres se dispuseram a responder às questões que recebiam. À medida que as semanas progrediam, alguns comentários me indicaram como estes primeiros encontros estavam sendo percebidos por elas. Ao se lembrarem dos cursos de treinamento que haviam feito, mencionavam também ter respondido a “perguntas” e, surpresa, notei como se assemelhavam ao meu anteriormente acima listado:

Eu fiz o treinamento. Mas falta pegar o diploma lá na SES-PA [Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará]. Veio uma doutora de Belém e ficou aqui conosco por um dia e meio. Ela perguntou para gente como a gente faz parto, se era em pé, sentado, de coca, deitado. (D. Iraídes, Breves)

As reuniões [isto é, encontros com pesquisadoras e instrutoras dos cursos] são assim: Eles fazem perguntas. “Como a gente faz parto?”, “Como a gente puxa?”, “O que faz no caso de anemia da gestante?”. Eu faço parto e levo o papel na secretaria [municipal de saúde]. E dou o papel para a mãe levar no registro. Eu nunca participei de curso. (D. Venina, Breves)

As entrevistas e perguntas também eram práticas comumente encontradas nas reuniões da associação de parteiras:

Eu fui presidente da associação por três anos. Eu dava ensinamento quando as parteiras vinham. Eu e a irmã Dorca trabalhávamos juntas. Passamos conhecimento para as parteiras. (D. Anunciação, Melgaço)

[Como foi a última reunião da associação?] O [enfermeiro] Benedito veio e fez entrevista. Ele disse que tava bom. Tem almoço depois da reunião. Dão material pra gente, algodão, iodo. (D. Sabá, Melgaço)

Hoje, estes depoimentos me revelam vários aspectos impensados à época. Os encontros entre *peessoas de fora*, geralmente profissionais da saúde, e as parteiras aconteciam por meio de

perguntas referentes às suas práticas obstétricas. Estes encontros eram, sobretudo, os cursos de treinamento, mas também reuniões da associação de parteiras, especialmente quando alguém *de fora* estivesse visitando. Lembro que, durante uma visita que fiz a uma parteira em Breves, sua filha e duas netas sentaram ao nosso redor quando começamos a conversar. De repente, percebi uma vizinha debruçada sobre a janela do cômodo. Ela esperava um telefonema que iria receber ali na casa da parteira (que tinha linha e aparelho) e, diante de meu olhar curioso, disse: “Ah, não repara, não. Eu estou aqui ouvindo a palestra e aprendendo um pouco”. Eu entendi que, além da vizinha, a filha e as netas da parteira também procuravam “aprender um pouco” com a minha presença e perguntas. Cada vez mais, eu entendia que as perguntas eram o primeiro passo na forma em que o conhecimento “de quem sabe” era passado para “quem não sabe”. Quer dizer, ao fazer perguntas, as *doutoras* percebiam o que não era devidamente “conhecido” pelas parteiras e, assim, conduziam o curso para o que julgavam ser as principais “lacunas técnicas” das atendentes. Nesta interpelação do outro, se estabelecia uma atmosfera didática e hierárquica e, assim, os *cursos*, como eu começava a entender, eram tidos como um contato entre desiguais. Eu também, como hoje percebo com uma clareza desconcertante, utilizava de perguntas muito semelhantes para me aproximar delas e acabava por reforçar esse tom professoral.

Os *doutores*, *peessoas de fora* e também parteiras com alguma ascendência ou autoridade (como D. Anunciação e D. Dorca, que estiveram na presidência da associação de Melgaço) eram os atores que podiam fazer as perguntas ou *passar conhecimento* às outras parteiras. Sem perceber à época, eu me encaixei com surpreendente perfeição nesse modelo de *doutora*. Quando visitei, pela primeira vez, a D. Tapuia, em Melgaço, uma das minhas perguntas foi sobre a pessoa que tinha, muitos anos antes, lhe dado o curso de capacitação obstétrica em Santarém, PA. Ela respondeu: “Foi um médico que nem a senhora. Um médico veio conversar comigo”. Percebi também que, nesta fase da vi-

sita a cada parteira, ao final do meu “interrogatório”, D. Dorca aproveitava para lembrar a data em que a próxima reunião na associação havia sido marcada ou de algum evento que a prefeitura tinha organizado para o grupo. Em algumas ocasiões, D. Dorca inclusive dava “aulas”. Por exemplo, na casa de D. Anunção, veio à tona o assunto sobre a *ficha do parto*.¹⁰ D. Dorca comentou:

Mas não pode confundir. Tem gente levando nos dois e dando duplo registro. O homem do cartório me disse que só eu levo certo. Tem parteira que não preenche direito, que não leva. Tem que fazer outra reunião para explicar isso direito.

Assim, nas visitas, era como se formássemos uma dupla sanitária e, pior, normativa: uma escrutinava/avaliava, a outra dava os informes e/ou as “aulas”. Ao final de várias dessas curtas visitas, para completar, ela se despedia das colegas dizendo, bem humorada, “Desculpa a pressa, Fulana, temos outras para visitar. É que estamos fazendo que nem visita de médico”.

Hoje entendo que algumas parteiras que respondiam laconicamente às minhas perguntas ou que rapidamente se prontificassem a reunir a *papelagem*¹¹ de sua produção obstétrica talvez não fossem reservadas ou talvez não se acuassem com a presença de D. Dorca (uma parteira muito famosa e demandada), como eu havia pensado no início. Talvez elas se sentissem intimidadas

¹⁰ Este formulário, distribuído pela Secretaria Municipal de Saúde, deveria ser preenchido pela parteira logo depois que o parto fosse atendido. Nos dias seguintes, este papel deveria ser entregue no hospital pelos pais do rebento, para produzir a Declaração de Nascido Vivo, e em seguida no cartório, para se efetivar o registro civil da criança. Muitas vezes, era a própria parteira que acompanhava a puérpera (sobretudo, nos casos das mães solteiras) e entregava este formulário.

¹¹ A *papelagem*, como chamavam, era um conjunto de documentos que, de uma forma ou de outra, atestavam que essas mulheres se consideravam e haviam sido sancionadas como “parteiras”. Certificados de participação em cursos de treinamento, fotografias em que parteira e professora do curso posavam juntas, canhotos de passagens utilizadas para se chegar aos cursos, cópias avulsas de ensinamentos repassados durante os cursos etc. eram exemplos dos papéis que pastas de elástico guardavam com afino na prateleira mais alta de um armário, longe da curiosidade das crianças.

com a *minha* aparição repentina, cheia de interpelações diretas, extremamente esquemáticas. Parecia uma visita de funcionário do governo fazendo um censo ou inspecionando estas mulheres que, por tantas vezes anteriormente, já haviam sido, nesta ordem, questionadas, invalidadas e discriminadas. Neste caso, a prática antropológica em campo, relacionada tão intimamente com o diálogo via perguntas, era associada à prática de outros profissionais, geralmente da área de saúde. Aquelas parteiras e suas famílias tinham o costume de receber perguntas num consultório médico, num cadastramento do governo, numa prova de conhecimentos.¹² E, assim, entendi que meu olhar curioso, minha liberdade e rapidez em dirigir perguntas me mantinham em um espaço hierárquico, me mantinham vestida de “jaleco”.

As perguntas que eram dirigidas pelas professoras nos cursos ou pelos profissionais de saúde, por exemplo, serviam para identificar se as parteiras haviam compreendido as informações tidas como “corretas” e se estavam dando continuidade às mesmas em sua prática cotidiana. Como lembrou Sabá anteriormente, o enfermeiro “fez a entrevista e disse que tava bom”. Para mim, eram simples “conversas”, mas percebo que, para muitas destas mulheres, se tratava de um ritual, muitas vezes, oficial e que tendia para uma “entrevista” ou “prova”. Em Breves, especialmente, onde eu cheguei com uma “lista de nomes da RPS”, minhas visitas podem ter sido interpretadas como uma checagem da prefeitura, seja para completar algumas informações de mais um *cadastro* das parteiras da cidade (que, idealmente, lhes facultaria acesso a algum *benefício*), seja para comprovar que as parteiras estavam trabalhando como o esperado pela 8ª RPS (por exemplo, entregando o registro de nascido vivo na Secretaria Municipal de Saúde, evitando *puxações*, encaminhando casos complexos para os hospitais locais etc.). Poucos meses antes de minha estada, a prefeitura tinha distribuído cestas básicas às parteiras e essa ação tinha sido anunciada como

¹² Durante o doutorado, também fiz alguns meses de pesquisa entre parteiras na Guatemala. Nos cursos de treinamento que utilizavam métodos mais tradicionais de avaliação do aprendizado, sabatinas orais eram aplicadas no caso das parteiras analfabetas.

uma espécie de paliativo, enquanto o pagamento oficial não lhes era creditado.¹³ Assim, imagino que muito da receptividade com que fui brindada em algumas casas traduzia a expectativa de que eu estava ali para confirmar dados pessoais e a continuidade de práticas “corretas” para que aquela mulher se mantivesse na lista das “parteiras da cidade” e assim estivesse apta a receber qualquer tipo de reconhecimento público.

Por fim e para meu espanto, eu caía como uma luva nesse perfil da *médica* que chega por algum tempo determinado (alguns dias, no caso de Breves), faz perguntas ou entrevista as parteiras e supostamente checa se estão “andando na linha”. Ao final da visita à D. Anunciação, por exemplo, perguntei quantos partos ela já tinha feito, e ela disse:

Eu fiz poucos. No interior não é demais. Lá, eu fiz cinco partos. Um da minha filha e os outros quatro de estranhos. Eu não tinha muita experiência própria ainda. E lá tinha uma parteira antiga também, que atendia mais. Mas aqui em Melgaço, eu não sei. Vou fazer uma notificação de quantos e levo lá pra senhora.

Quer dizer, ela ia revisar suas anotações e cadernos e verificar, exatamente, quantos partos tinha atendido na cidade. Imaginava que eu precisasse recolher informações “comprovadas”, “precisas”. Claro que eu lhe expliquei que só buscava uma ideia geral e que não precisava me apresentar essa *notificação*. Em outra ocasião, D. Rita, em Breves, de repente disse: “Ah, eu já respondi isso pra Paula”. Minha identificação com Paula se dava, inclusive, em termos metodológicos e acredito que D. Rita deixava claro que já havia “passado nessa prova”

¹³Naqueles anos de 2004 e 2005, circulava uma grande polêmica sobre o *pagamento das parteiras*. Muitas me diziam que a prefeitura tinha avisado que iria pagar um salário mínimo por mês (ou uma espécie de aposentadoria), mas que *Brasília tinha que liberar o dinheiro*. Outras explicaram que fora alguém do Grupo Curumim que lhes informara, durante um curso, que as parteiras tinham direito a receber pelo seu trabalho. Algumas parteiras de Breves descobriram que cada parto hospitalar era remunerado em R\$113,00 e que elas, atendendo igualmente em casa, deveriam receber valor equivalente. Muitas explicações eram aventadas para uma mesma expectativa: a remuneração pelo trabalho realizado.

anteriormente. Por mais que eu quisesse trilhar um estilo próprio de convivência com essas mulheres e me distanciar do que eu percebia como sendo intenções biomédicas, minha enorme curiosidade e o uso das perguntas indicavam uma forma muito linear e pragmática de conhecê-las. Eu ia direto ao ponto e, claro, como eu fui aprendendo, o partejar, bem como as filigranas das relações sociais, não se aprendia da noite para o dia.

Ainda nessas primeiras semanas de pesquisa, foi minha orientadora à época, Claudia Fonseca, que, por e-mail, me ajudou a manter uma perspectiva minimamente panorâmica. Orientou-me a conversar e procurar entender outros temas, não necessariamente relacionados à obstetrícia. Ao conversar com essas mulheres unicamente sobre seu papel como parteiras facilmente me identificariam com a Paula ou a uma *doutora*. Quando comeci a me interessar por outros assuntos – como conjugalidade, coabitação, relações de vizinhança e parentesco, dietas alimentares, economia doméstica, festas e fofocas –, minhas perguntas deixaram de ser tão monotemáticas e nem sempre se faziam necessárias. Na convivência e, às vezes, durante assuntos tidos inicialmente como banais ou periféricos para meus propósitos, eu descobria ótimos casos e exemplos para a pesquisa. Assim, depois que D. Dorca completou seu ciclo de dádivas a todas as parteiras, deixei o formato de visitas formais. Preferia ir até a casa das parteiras quando me convidavam, quando havia algo para ver ou conversar; preferia esticar o papo quando lhes encontrava nas ruas ou na casa de conhecidos em comum. As perguntas seguiam o fluxo dos acontecimentos: para onde íamos, o que tínhamos acabado de comprar, quem tínhamos encontrado, se ouvíamos sobre a pessoa recentemente internada na *unidade* etc. Além disso, comeci a devolver as mesmas perguntas que recebia: “Você viajou para onde?”, “Quem é esse aí que está te acompanhando?”, “O que você está fazendo aqui no hospital¹⁴?” etc. A convivência me abriu muitas outras por-

¹⁴ Ao longo do livro, ao usar “hospital” de forma geral, posso estar me referindo à Unidade de Saúde de Melgaço, aos hospitais de Portel e Breves ou aos grandes hospitais da capital paraense.

tas, os assuntos continuaram a jorrar, e passei a ser identificada de forma mais ambígua. Isto é, parece que ficava mais difícil me encaixar perfeitamente no papel de *doutora*, o que, para mim, significou uma atmosfera menos justa e desconfortável.

Percebo também como uma suposta proximidade com a biomedicina e uma suposta semelhança com iniciativas de intervenção eram preocupações que *me* assolavam. Estas preocupações não foram suficientes, contudo, para eu identificar que à época eu portasse esse “jaleco imaginário”. Eram as visitas e as perguntas diretas e apressadas – muito mais do que parecer com Paula, a Enfermagem ou o Grupo Curumim – que reforçavam meu figurino identitário. Só quando passei a ouvir (mais do que a perguntar), a participar de outros eventos (mais do que de *puxações* e partos) e a ter a identidade de *doutora* diretamente confrontada, como veremos abaixo, é que o meu “jaleco invisível” foi aos poucos sendo relativizado pelos meus interlocutores em campo.

3.2 De *doutora* à *ajudante*

Não apenas as visitas e perguntas me ajudaram a perceber, retroativamente, o “jaleco”. Durante as visitas autônomas em Breves e acompanhada por D. Dorca, em Melgaço, eu deixei claro às parteiras que tinha o desejo de conhecer sua atuação prática, em termos de atendimentos pré-natais, massagens ou partos. Alguns semanas depois, D. Zuleide passou em nossa casa e disse que Rosa, sua sobrinha, havia entrado em trabalho de parto e que provavelmente o bebê nasceria durante aquela madrugada. Ela me convidou a lhe acompanhar no serviço. Diante de minha imediata concordância, combinou que bateria à nossa porta para me acordar. De fato, algumas horas depois, por lá ela passou.

Rosa era uma moça com pouco mais de 20 anos, e esse seria seu segundo filho. Na casa, exceto a parturiente e sua sogra, todos dormiam. Assim que chegou, D. Zuleide conversou um pouco com Rosa, apalpou-lhe o ventre e foi arrumar seus

aperparos. No dia seguinte, descrevi os próximos passos da parteira em meu diário de campo:

Ela deixou a *bolsa da parteira*¹⁵ no chão. Sacou uma escovinha de plástico, olhou para mim e disse: “Vou ali fora lavar as minhas mãos”. Voltou momentos depois e guardou a escova. Depois, de dentro da bolsa, tirou uma fralda branca. Forrou aquele canto do quarto. Por cima, depositou a caixa de inóx (onde geralmente guarda-se a tesoura), um frasco de iodo e outro de álcool, gases, a fita métrica, o pinard, a blusa de parteira. Ajeitou tudo ali sobre o paninho e voltou novamente sua atenção à sacola. Revisou seu conteúdo, abriu os bolsos laterais, tirou o livro da parteira e o deixou de canto. Olhou todo o material organizado, se certificando de que não faltava mais nada. Parecia que o material estava disposto não por necessidade, mas por prevenção. Então, se voltou para mim, e perguntou: “A senhora não quer ouvir o bebê?”. Fui pega de surpresa, mas expliquei que não era parteira, mas que só fazia pesquisa *sobre* parteira. “Ah, eu pensei que a senhora era doutora”, comentou com um muxoxo de decepção. A partir de então, concentrou-se totalmente sobre a jovem em contrações e, ao raiar do dia, sobre o bebê.

Como vimos acima, várias foram as menções à minha suposta “medicalidade”, ao me identificarem como uma *doutora* ou, pelo menos, desse *mundo dos doutores*. Mas no parto de Rosa foi a primeira vez em que, diretamente, eu fora interpelada a *agir* como médica. Por que D. Zuleide supôs essa identidade? Claro que as visitas e, como vimos acima, uma forma de comunicação via perguntas diretas contribuiriam para que me identificassem

¹⁵ Geralmente, nos cursos de treinamento dirigidos às parteiras brasileiras, a “bolsa da parteira” é distribuída ao final. Essa bolsa, como veremos no último capítulo do presente livro, reúne equipamentos e materiais tidos, pelas autoridades sanitárias do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual da Saúde (parceira que, em geral, era incumbida de oferecer as bolsas), como indispensáveis para uma “boa prática do partear”. Eu via as parteiras portarem suas bolsas nos atendimentos que faziam, nos partos que atendiam, mas por vários motivos os conteúdos das bolsas nem sempre eram os mesmos encontrados originalmente.

com atores que, em anos passados, tinham aparecido em Melgaço com a intenção de oferecer cursos, corrigir práticas, distribuir material, realizar partos etc. Mas, relendo minhas anotações de campo, percebo que ainda outros elementos estavam em questão.

Nos cursos de treinamento oferecidos pelo Grupo Curumim, havia um momento em que o grupo de parteiras era chamado a representar teatralmente como atendiam os partos em suas localidades de origem. Após a cena, as professoras comentavam o que era, por elas, tido como recomendável ou não a partir, geralmente mas não apenas, da perspectiva biomédica. D. Zuleide poderia supor que o parto da Rosa seria uma boa oportunidade para ser avaliada pela *doutora*. Ela não era uma parteira tão atuante (como D. Dorca) e atendia apenas dois ou três partos por ano. Para ela, então, o parto de Rosa poderia servir como uma ótima e rara oportunidade de ganhar minha confiança.

Dias depois, descobri que Stephanie Pommez, uma cineasta franco-paulista que havia estado por algumas vezes na cidade para produzir seu documentário sobre as atendentes do Marajó, remunerava as parteiras e as parturientes pelos partos filmados. E ainda dava alguns presentes para o bebê, completando seu enxoval. Stephanie, que conheci durante uma de minhas viagens na região, me explicou que ela pagava pelo “direito à imagem”. Mas, para as parteiras e as famílias atendidas, *ver um parto* se tornara uma importante moeda de troca com os curiosos visitantes que ali aportavam. Depois daquela noite na casa de Rosa, eu nunca mais fui convidada a acompanhar um parto (exceto aqueles atendidos por minha anfitriã) e suponho que talvez estas outras parteiras não quisessem desperdiçar sua moeda de troca comigo, já que aos poucos foram descobrindo que eu não era *doutora* nem cineasta e nada de concreto eu poderia lhes retornar pelo atendimento observado. Com minhas visitas, perguntas e caderno de notas, eu contribuía por vestir o jaleco de *doutora*. Contudo, foram meus convivas que me ajudaram a despi-lo, como deixou claro D. Zuleide na ocasião do parto de sua sobrinha. A essa altura, minha identidade médica oscilava.

Depois da fase de visitas, eu permaneci acompanhando D. Dorca livremente, nos seus afazeres gerais e como parteira. Ia ao mercado, à prefeitura, à casa de uma moça que precisava ser *puxada*. D. Dorca percebeu que eu não tinha expectativas tão rígidas como as *peças de fora* que anteriormente haviam vindo lhe pedir ajuda. Eu não tinha que entrevistar “10 clientes de cada parteira”, “fotografar e filmar um certo número de partos” nem “entrevistar todas as parteiras da cidade”. E, nessa segunda fase, D. Dorca começou a me apresentar como sua *acompanhante* ou *ajudante*. De fato, nos atendimentos obstétricos, pediátricos ou pré-natais, eu carregava sua bolsa, lhe passava os materiais, segurava uma criança enquanto a mulher em resguardo era examinada, anotava informações na *ficha do parto*, ajudava a lembrar de informações e conversas anteriormente travadas naquela casa ou com os profissionais de saúde. Em várias casas, ouvi diálogos como o seguinte. Depois de ser *puxada*, a buchuda dizia: “Então tá, D. Dorca, nós vamos chamar a senhora, qualquer hora dessa. Quando o menino tiver pra varar, eu mando chamar a senhora”. E a parteira retrucava: “Pode deixar! Mas eu não vou só. A Soraya vai de ajudante dessa vez. Ela tá me acompanhando nos partos”. Ou dizia algo como “A Soraya está me acompanhando. Ela está conhecendo meu trabalho”.

Mesmo nessa nova categoria, ainda restava alguma ambiguidade, mas não pelo fato de portar um jaleco visível ou invisível. Eu era uma *ajudante*, como tantas moças são no início da carreira como parteira, mas eu não tinha filhos nem tinha atendido partos sozinha. Eu não gozava de nenhuma credencial iniciática que geralmente era exigida das novatas, como um sonho didático, a experiência pessoal do parto, descender de uma renomada linhagem de parteiras etc. (como será visto no capítulo seguinte). D. Dorca, por sua vez, tentava compensar essa minha condição anômala com o *estudo*. Numa ocasião em que ela *puxava* uma gestante de último mês, comentou que eu não tinha filhos e emendou: “A Soraya é casada já há 10 anos, mas preferiu estudar primeiro. Está fazendo uma pesquisa para o curso dela”. A mãe da gestante respondeu: “Ah, quem dera se minhas filhas

tivessem estudado, não estariam com tantos filhos hoje. Mas ninguém nessa terra gosta de estudar”. O *estudo* era valorizado localmente, mas, por uma série de motivos estruturais, dificilmente as famílias conseguiam colocar esse valor em prática. E minha presença, por vezes injustificável (afinal não era cineasta, médica, professora dos cursos nem parteira), guardava algum valor pelo fato de eu encarnar o valor do *estudo*.

A classificação como *ajudante* não tinha sido aventada por D. Dorca apenas para tranquilizar as pessoas quanto à minha presença. Por várias vezes, ela me tratou realmente como uma neófita no partear. Ela pegava e repousava minhas mãos sobre o ventre da moça grávida, sobretudo pelas partes com “algum significado obstétrico” (um pé fora do lugar, um caroço), e ia me explicando o que desejava que minhas mãos “vissem”. Ela esperava responder às minhas perguntas por meio desse aprendizado sinestésico. Eu a vi repetir a mesma didática com Andréia, sua neta que começava a seguir seus passos, ou com parteiras que haviam iniciado a carreira muito recentemente.

Com o passar do tempo, aos olhos destes melgacenses, eu perdi *status* em campo. De *doutora*, eu passei à *ajudante* e, ainda assim, uma *ajudante* anômala. Eu queria estar presente nos partos e *puxações*, mas não tinha qualquer marca iniciática (como Andréia, que vinha de uma família de parteiras), nem agiria junto com as parteiras (como Paula, que era uma enfermeira obstétrica muito experiente) ou tiraria fotos e remuneraria o evento (como Stephanie, a cineasta). Ainda assim, era mais fácil me localizar dessa forma do que me manter como uma *doutora* que não dava cursos, não sabia o que fazer num parto, não distribuía material ou *benefícios*. Portanto, os melgacenses foram traçando as diferenças que existiam entre mim e outros personagens que claramente usavam um jaleco muitas vezes visível, como Paula, o enfermeiro Benedito ou Artur, o clínico geral local. Foi nesse momento que meu “jaleco invisível” foi sendo esquecido. Mas acredito que ele permanecia à distância e na memória, pendurado atrás de alguma porta, guardado dentro de alguma gaveta, igualmente imaginárias.

Fica claro como a presença de antropólogos em campo, estes personagens geralmente estranhos, de alguma forma atíça as classificações locais. Em Melgaço, havia um esforço por me compreenderem dentro das categorias que, ali, faziam sentido, marcadores de alteridade como sexo, cor da pele, convenções de feminino e masculino, *frente e trás, de dentro e de fora*, por exemplo. Estes marcadores convergiram, primeiro, para me “vestir” com um certo “jaleco invisível” e depois me localizar em uma condição ambígua como *ajudante*. Percebo que fui alvo de um esforço classificatório por parte destes marajoaras e, nesse caminho, aprendi muito das concepções locais, sobretudo relacionadas à saúde. Quer dizer, o processo mútuo de estranhamento, que descrevi nesse capítulo, foi abrandando à medida que eu e meus interlocutores nos atribuímos contornos mais próximos aos sentidos locais. Muitas pessoas, com diplomas e experiências de cura, já haviam passado por aquela região e manifestado interesse pelas parteiras. A estas pessoas eram conferidos *status* e ascendência como um tipo que Kleinman (1980), em sua obra clássica, chamou de “healer”, esta categoria de difícil tradução para o português. Contudo, para aquelas pessoas, quem cuidava da saúde não necessariamente precisava ter um diploma. Não era esse o único e mais importante diacrítico exigido para se legitimar como um “ator curador”. Marcas de classe, estrangeiridade, cor/raça, interesse e cuidado pelo doente (manifestado pelas perguntas, visitas e anotações) eram linhas de sentido que também compunham esse perfil de “curador”. Durante a etapa em que fui tida como *doutora*, eu gozei deste grupo de aspectos, difusos para mim, mas claramente identificáveis para meus informantes. Ao longo do campo, deixei de ser *doutora*, mas nunca me tornei uma “curadora”. No máximo, uma *ajudante* meio capenga, meio canastrona. Este esforço classificatório não revelava apenas meu papel naquela comunidade ou o papel daqueles que cuidavam da saúde local. Revelava, sobretudo, as definições cambiantes de *parteira*, categoria central que me foi sendo desnudada aos poucos, sem pressa e nos laços de convívio e amizade com que me brindaram.

Estes estranhamentos mútuos e as categorias classificatórias que a partir daí surgiram são todos elementos importantes para conhecer minha chegada e recepção em campo e, mais importante, para balizar os dados e as relações que surgiram nesse campo, como veremos com mais vagar nos próximos capítulos.

• C A P Í T U L O D O I S •

A PUXAÇÃO NO PARTO: Manipulando barrigas, manipulando significados

Nesse capítulo, minha intenção é mostrar que o trabalho destas parteiras vai muito além do ato obstétrico do parto. Enfocar a prática da *puxação* revela como, ao longo da gravidez, durante o parto e mesmo depois do parto, a atuação das parteiras opera uma lenta e metódica construção de significados, conferindo um sentido à experiência da *buchuda*. É dessa forma, numa perspectiva global/holista, que o partejar não oficial é frequentemente ignorado por enfoques dominados pela biomedicina que tendem a privilegiar, sobretudo, um único momento do processo reprodutivo, isto é, o parto.

Como em todo o livro, teço meus argumentos a base de personagens concretas. Nesse capítulo em particular, concentro meus esforços (e ao mesmo tempo rendo homenagem) à parteira Dona Tabita Bentes dos Santos, figura central que me hospedou durante minha pesquisa e, como mostrei no capítulo anterior, teve responsabilidade chave de me introduzir “no campo”. Antes de entrar na descrição pormenorizada de sua (e outras) vida(s), cabe um breve comentário metodológico para explicar o porquê dessa ênfase analítica.

1. Por que um livro a partir de uma parteira?

Menocchio e Taso foram protagonistas centrais dos clássicos estudos do historiador Carlo Ginzburg (1987) e do antropólogo Sidney Mintz (1984), respectivamente. Posto de forma sucinta, o primeiro foi um moleiro francês que, na Idade Média,

desafiou os inquisidores que procuravam “hereges” pelo interior da Europa ocidental. Taso, o segundo, foi um cortador de cana sindicalizado e evangélico nas paragens rurais de Porto Rico nas décadas de 1960 e 1970. Como Menocchio e Taso em suas épocas e países, D. Dorca – personagem central da presente narrativa – também era uma anônima frente a tantas parteiras amazônicas, a tantos ribeirinhos que migraram nas últimas décadas para os centros urbanos, a tantas mulheres que enfrentaram solitariamente gestações sucessivas, carestia financeira e violência conjugal e estrutural, por exemplo. Justamente por isso creio ser importante escutar-lhe a voz, como bem nos recomenda Mintz:

O que tornou possível a continuação de meu trabalho com Taso – apesar do meu conhecimento de nossa desigualdade, dos muitos riscos de distorção e dos perigos que nossa amizade pudesse representar para a verdade objetiva – foi minha convicção de que sua vida, e aquilo que sintetiza, deveria estar disponível a outros para que pudessem estudar e refletir sobre ela (1984: 55).

Em vez de aprofundar contatos e entrevistas com várias parteiras para, assim, traçar um panorama dessa ocupação, como a maior parte dos estudos sobre parteiras vem fazendo (e.g. Pereira, 1993; Bessa, 1997; Chamilco, 2001, Dias, 2002; Pinto, 2004), aqui confiro ênfase principalmente à vida de uma mulher. De certa forma, posso justificar esse trajeto pelo fato de D. Dorca ter me escolhido ao invés de eu ter definido, *a priori*, que ela seria o centro desses escritos. Primeiro, nossa relação floresceu de forma inesperada, porque, a princípio, ela seria apenas a minha anfitriã. Segundo, ela se mostrou uma informante interessada e complexa para que eu sucumbisse a deixar que os dados que aqui tratarei tenham vindo, majoritariamente, de nossa convivência e conversas ao longo dos dias. D. Dorca me ensinou na prática o que Mintz explicou teoricamente: “O empreendimento etnográfico deve voltar-se para algum objeto relacional. [...] *Fatos dificilmente existem sem relações*” (1984: 49, ênfase minha).

Mas, também como anunciaram Ginzburg e Mintz, não quero supor que D. Dorca sirva como um tipo ou uma parteira representativa das outras 21 que trabalhavam em Melgaço à época da pesquisa ou mesmo das parteiras paraenses da atualidade, “se ‘representatividade’ significar ‘média’” (*ibid*: 55). Essa pesquisa não tinha como pressuposto metodológico prévio escolher uma parteira apenas. Eu tinha, claro, a intenção de viver na casa de alguma parteira flexível o suficiente para me receber. Mas é justamente por conta do fato de D. Dorca aceitar conversar comigo de forma mais extensiva e intensiva, de aceitar os assuntos que eu propunha como dignos de reflexão e aprofundamento, de propor me levar para conhecer, na prática cotidiana, tudo aquilo sobre o que conversávamos em casa e em nossas caminhadas, que ela se transformou na principal fonte dessa pesquisa. Sua competência técnica, sua sensibilidade reflexiva e o momento fértil em sua profissão (em termos de alto reconhecimento, atendimentos e autoridade moral como parteira) foram elementos fundamentais para que eu não desejasse deixar sua companhia. Ela não era uma parteira mediana, mas uma parteira famosa e demandada, uma mulher com uma biografia extremamente rica e sofrida. A forma como transitava com desenvoltura entre os endinheirados e empobrecidos da cidade, as sucessivas visitas que proporcionava às mulheres antes e depois do parto, os dois mandatos como presidente da Associação de Parteiras Tradicionais de Melgaço e as frequentes viagens que empreendia a convite das autoridades sanitárias de Breves, Belém e Brasília eram elementos que a destacavam do grupo de parteiras da cidade. Assim como Menocchio, personagem de Ginzburg, D. Dorca, suponho, se converteu em um caso-limite por

se revelar representativo [a], seja negativamente – porque ajuda a precisar o que se deva entender, numa situação dada, por “estatisticamente mais frequente” –, seja positivamente – porque permite circunscrever as possibilidades latentes de algo (a cultura popular) que nos chega apenas através de documentos fragmentários e deformados (Ginzburg, 1987: 28).

Duas ressalvas se fazem importantes aqui. Primeiro, gostaria de enfatizar o valor metodológico de pautar um indivíduo como epicentro de um conjunto de relações e eventos sociais. Embora muitas das pesquisas até agora empreendidas sobre parteiras no Brasil tenham escolhido um *corpus* de informantes (ao invés de aventurarem-se por abordagens censitárias), um mesmo questionário lhes foi aplicado e, uma vez analisados e editados, os personagens entrevistados somem numa espécie de generalização absoluta – reproduzindo a mesma hegemonia identificada por Ginzburg nos estudos quantitativos e demográficos. Segundo o autor, estas abordagens são insuficientes: “embora não mais ignoradas, as classes inferiores estariam da mesma forma condenadas a permanecerem ‘silenciosas’” (1987: 26). Como segunda ressalva, Ginzburg alerta para o risco de se tentar “através da investigação sobre um indivíduo [...] identificar as coordenadas mentais de toda uma era” (*ibid*: 31). Ao focalizar em D. Dorca, pretendo fugir de ambos perigos ao não sucumbir à sedução das estatísticas e grandes generalizações e nem totalizá-la como um exemplo eloquente das parteiras do século XXI no Brasil.

Ginzburg me alerta também que, ao se tratar de uma informante principalmente, outro limite importante é até onde dar autonomia à sua individualidade:

Aos olhos dos seus conterrâneos Menocchio era um homem, ao menos em parte, diferente dos outros. Mas essa singularidade tinha limites bem precisos: da cultura do próprio tempo e da própria classe não se sai a não ser para entrar no delírio e na ausência de comunicação. Assim como a língua, a cultura oferece ao indivíduo um horizonte de possibilidades latentes – uma jaula flexível e invisível dentro da qual se exercita a liberdade condicionada de cada um. *Com rara beleza e lucidez, Menocchio articulou a linguagem que estava historicamente à sua disposição* (1987: 27, ênfases minhas).

D. Dorca me enredou de forma mais intensa e pessoal do que eu poderia supor justamente por ser uma pessoa *excepcional*. Não quero, com isso, dizer que ela seja uma exceção – ao contrá-

rio, mesmo especial ela se insere perfeitamente em sua sociedade e seu tempo. Como Mintz explicou sobre Taso, trabalhador porto-riquenho da lavoura canavieira, Dorca nos brinda com uma história dentro de outra história, mais ampla.

O que ocorreu com Taso também ocorreu, em termos mais amplos, com sua sociedade. Seu dom é revelar suas experiências como estão incorporadas à história de sua sociedade, e também a incorporam (1984: 56).

Eu ressaltaria ainda que personagens com esse perfil *revelam* o que for que seja de forma excepcionalmente clara, completa e didática – tudo que uma antropóloga procura.

E mesmo assim estes seres humanos não são tão fracassados como pode parecer. Eles se viram com o que têm e, em alguns momentos, eles podem manifestar uma nobreza e coragem cujos quais muito respeito. Taso é uma pessoa assim. Ele não é uma “média” de nada – nem um homem médio, nem um porto-riquenho médio, nem um cortador de cana porto-riquenho de classe baixa médio. Ele viveu somente uma vida e nem tudo isso. Ele não se pensa como representativo de nada, e ele está certo. Suas soluções para os problemas da vida podem nem ser as melhores, mas ele parece satisfeito com suas escolhas. Eu tentei registrar sua história no contexto em que eu pude compreender das circunstâncias sob as quais ele viveu e vive (Mintz, 1960: 11).

Esse capítulo começa com algumas impressões que reuni sobre a biografia pessoal de D. Dorca. Digo que foram reunidas porque não derivam de entrevistas estruturadas, lineares e realizadas repetidamente com ela. São informações, opiniões e imagens que ela própria foi publicizando à medida que minha estada em Melgaço se desenrolava. Neste momento, tentei me proteger do que Guita Debert explica ser um dos perigos do método de história de vida, qual seja,

a violência implícita no procedimento que envolve a imposição, aos informantes, de categorias que não lhe dizem respeito, vindas de uma teoria exterior a eles ou ao conjunto de valores próprios do pesquisador (1986: 142).

Claro que reconheço que houve imposição de perguntas, pautas, dúvidas de minha parte, geralmente acerca das pacientes atendidas, do sistema de saúde, dos cursos de treinamento. Mas noto que o pouco que conheci da biografia desta parteira surgiu, em meio a estes assuntos, mais ou menos espontaneamente, à medida que ela desejou me revelar ou ponderou que isso seria pertinente. Por isso, o que eu conheço da história de D. Dorca “foi vindo”, foi aparecendo no dia a dia de seu trabalho como parteira, de sua atuação como mãe, avó, vizinha etc. Ela foi lembrando, comunicando e elaborando sua própria história à medida que isso fazia sentido para ela e para seus interlocutores. Também por isso considero que sejam fragmentos que, por uma edição de minha parte, tomam um corpo artificialmente cronológico, mas ainda obviamente fragmentado. E, mais um detalhe que julgo interessante: sua história reprodutiva aparece ao fundo de sua biografia pessoal – e não o contrário –, já que seus casamentos, partos e filhos são casos contados nos momentos em que ela interagia principalmente com suas pacientes e com outras parteiras e, de forma periférica, com a antropóloga que ela sabia estar interessada em *assuntos de parteira*. Noto que eu conheci sua história de vida a partir de seu ventre, seios, dores. Quer dizer, do corpo, surgiu a vida.

Assim como Ginzburg já nos alertou anteriormente, Debert também lembra que “as pesquisas que se voltam para as classes populares [tratam] de mostrar a importância de produzir uma documentação que se constitua num ponto de vista alternativo à documentação oficial” (1986: 141). E jogar luz tanto sobre a região norte e rural do país, quanto sobre o parto domiciliar e as parteiras significa certamente seguir essa posição política. Mas, sobre isso, há dois pontos por demarcar. Primeiro, Mintz diz:

Se devemos supor que, por definição, a Antropologia é “cria” da opressão colonialista, então, projetos como os que eu e Taso empreendemos esconderão inevitavelmente mais do que revelarão aquela opressão. Mas se alguém estiver preparado para a possibilidade de que a Antropologia tome parte na documentação daquilo que o Ocidente fez a outras sociedades, dar, assim “voz” a pessoas como Taso – mesmo se, por nossos erros, deformamos ou distorcemos aquela voz – é melhor do que mantê-las mudas (1984: 55).

Segundo, Debert faz outra ressalva que estende esse ponto de Mintz e importa também para a presente pesquisa: “Colocar os relatos populares como um ponto de vista alternativo é subestimar as relações de poder nas quais essas camadas estão inseridas” (1986: 152). Nos primeiros capítulos deste livro, a “voz” distorcida e, inevitavelmente, ficcionalizada de D. Dorca estará em primeiro plano. Mas espero que as relações de poder que permeiam sua existência e contexto (e que, claro, também se evidenciavam em nossa relação) sejam paulatinamente explicitadas aos leitores. E também espero não incorrer noutro problema para o qual Mintz nos alerta, isto é, “assumir uma aparência de objetividade perfeita” pela relação de intimidade com o nativo. Ele lembra que a dialética da pergunta e da resposta são, claro, “meras” ficções etnográficas.

Assim, por enquanto, quero tentar me beneficiar do que Debert vê como mais eventual ao concentrar uma pesquisa em conversas aprofundadas com poucos informantes. Numa passagem, ela comenta o uso desse método em suas pesquisas no Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB) e na Escola Superior de Guerra (ESG):

Fragmentos de entrevista têm *força*. Essa força não vem do fato de estarmos ouvindo pessoas representativas da instituição. [...] Não se trata de dizer também que a escolha do informante deve obedecer critérios como, por exemplo, uma sensibilidade mais aguçada para o trato de questões histórico-sociológicas. [...] A força vem do fato de que *são relatos muito vivos e a sensação que transmitem é que estamos mais próximos do que é ser*

aluno do ISEB em 1963 ou que é em 1949 receber uma missão militar norte-americana tendo em vista fazer uma escola funcionar. [...] Frente a esses relatos não nos ocorre perguntar se são verdadeiros. [...] O que acontece a partir desses relatos é que *não podemos mais pensar na missão militar norte-americana e no que se fazia em 1963 no ISEB sem nos lembrar desses depoimentos.* [...] Esses relatos são interessantes para nós porque, pensando na ESG e no ISEB através de esquemas tidos como definitivos, eles chamam nossa atenção para outros processos e para outros esquemas interpretativos com os quais também temos permeando vivências concretas em momentos [e espaços] já tão distantes. [...] É assim que histórias de vida e relatos orais fazem convites irrecusáveis para rever interpretações, desenvolver novas hipóteses e encaminhar novas pesquisas de forma a refinar os grandes conceitos explicativos e seus pressupostos (1986: 155-56, ênfases minhas).

Reproduzo esse longo trecho para que sirva como inspiração e, ao mesmo tempo, referencial metodológico das escolhas e edições que vêm a seguir. Mais do que tudo, o objetivo é que, no mínimo, consigamos ter a sensação de estarmos um pouco mais próximos do que é ser parteira em Melgaço, nos anos 2000, e, idealmente, não conseguirmos mais pensar no parto domiciliar e no partear no Brasil sem nos lembrar de D. Dorca.

2. Fragmentos biográficos de uma parteira paraense

Tabita Bentes dos Santos, conhecida localmente como *dona*, *irmã* ou *tia* Dorca, nasceu em 1941 e foi criada por seus pais nos igarapés do interior do município de Portel, região marajoara do Estado do Pará. Mas assim que começou a adolecer, as *sovas* são as principais lembranças que ela guarda da mãe:

Eu, quando era jovem, adorava festa. Ia sempre que podia. Quando minha mãe não deixava eu ir, eu ficava triste. Ela era muito malina comigo. Batia muito, tenho uma marca aqui na

perna de um terçado que ela me atirou. Vivia me batendo.

As lembranças do pai são um pouco mais amenas, mas as surras também lhe marcaram:

Eu levei só quatro surras do papai. A terceira foi porque a minha novidade atrasou quatro meses e o papai desconfiou que eu tava grávida. Me bateu e mandou a polícia me levar para averiguar. Nada ficou provado, mas eu fiquei na guarda de um outro policial, que ia me levar embora para Belém. O papai foi lá me buscar. Ele deu a desculpa de que queria passar um final de semana comigo antes d'eu ir embora. Ele fugiu, levou a gente tudo com ele pra Portel. E a gente não voltou pro interior por uns cinco anos. Aí, a história sossegou. O papai me pediu desculpas pela injustiça. Com 18 anos, eu engravidei de verdade e levei a última surra por conta disso.

Engravidar fora do casamento ou, como diziam, *sem marido* foi problema que eu encontrei ao longo de toda a pesquisa. A honra da família dependia, pelo que entendo, do comportamento exemplar de seus membros, principalmente no que tange os atributos de gênero, idade e hierarquia. Mas é bom lembrar que reduzir a infância a sovas dos genitores pode nos revelar também sobre os conflitos que D. Dorca vivia à época da pesquisa. Como visto no Capítulo 1, assim que cheguei à casa dos Bentes dos Santos, D. Nair não poupou a filha de críticas e fofocas. Ambas, em franca disputa por autoridade e referência (como, por exemplo, donas de casa, arrimo emocional e econômico e também parteiras), cristalizavam histórias de antagonismo. Porém, a diferença entre elas era relativa já que mesmo não gostando de ter passado pela desconfiança e repressão dos pais, D. Dorca admitiu que fizera o mesmo com suas próprias filhas. Comentou, uma tarde, com uma vizinha que enfrentava a gravidez da filha adolescente e solteira: “Eu dava muita porrada nos namorados das minhas filhas e terminava nelas”.

A família Santos mudou-se, então, para a cidade de Portel. Lá, como muitas moças *do interior*, ainda na adolescência, D.

Dorca foi trabalhar *em casa de família*. Ela conta que, na casa de D. Bárbara, em Portel, onde por mais tempo trabalhou, “Era só costura. Não tinha hora. [...] A] gente dormia tarde, eu ficava do lado dela, caseando botão, pregando botão. Eu tinha essa ideia, comprar uma máquina para trabalhar”. Depois da temporada em Portel, resolveram voltar para o interior e viver à beira do Rio Anapu. Quando, em tempos mais recentes, a vida apertava, a parteira recordava com certa nostalgia essa época do *regatão*:

Lá no interior, a gente não precisava do dinheiro. A gente tirava quase tudo da mata, o açaí, a farinha, a caça, bacuri, bacaba, coco. Tinha açaí que se tirava com a mão, de tão baixinho que era. A gente plantava banana, limão, laranja. Tinha patos, marrecos, galinhas, cachorros de caça. Depois, a gente trocava tudo isso com quem passava para comprar roupas, sal, açúcar, café, sabão – as coisas que nós não tinha por lá. Mas na cidade tudo é o real. No interior, ninguém morre de fome se não tiver dinheiro.

Conversas sobre relações conjugais e amorosas eram recorrentes nos jiraus, quartos e cozinhas que D. Dorca e eu frequentávamos, tanto na sua casa, quanto nas de vizinhas, pacientes e parentas. Numa tarde, nós estávamos em casa, conversando sobre Alexandre, mais novo neto da parteira. Comentei que o bebê era xará de meu sogro. E D. Dorca me perguntou se nossas famílias já eram amigas, antes de eu e meu marido namorarmos. “Eu vou contar uma história sobre isso”, anunciei.

Brasília é uma cidade grande. Lá, as pessoas não se conhecem como aqui em Melgaço. Quando a minha mãe estava grávida de mim, ela comprava livros da mão de uma moça bem alta e ruiva que trabalhava numa livraria perto da nossa casa. Essa senhora se chama Marialva. Depois de muitos anos, essa mesma D. Marialva virou a minha sogra e nós descobrimos que nossas mães já se conheciam antes de a gente nascer. A gente morava a 23km um do outro e foi uma grande coincidência a gente ter se encontrado de novo.

Quando terminei de contar, Nice, nora da parteira, disse: “Então, D. Dorca, pega lá o caderno para a senhora anotar essa história, que nem a Soraya faz com as nossas histórias. Aí, a senhora vai poder guardar e lembrar depois”. Rimos muito de seu comentário reflexivo e, como geralmente fazia depois de uma história, D. Dorca emendava outra. E foi assim que eu descobri como ela conheceu Aprígio, seu primeiro marido:

Quando a mamãe teve as dores pra eu nascer, eles foram de casquinho até a casa da vovó. No caminho, pediram pouso na casa dos compadres, que eram os pais do Aprígio. Ele tinha, naquela época, uns 12 anos. Depois, acabamos se casando. A única coisa que a minha mãe não gostava nele é que ele era muito mais velho do que eu.

Eu ia descobrindo detalhes semelhantes em nossas vidas, soblapando a distância que aparentemente existia entre nós. Estar separado por duas dezenas de quilômetros, como no meu caso, ou por horas de *casco*, no caso dela, iam deixando de ser tão díspares.

Com Aprígio, “eu tive 21 barrigas, mas só 12 de termo”. Destes 12, dois morreram pouco tempo depois de nascidos. Assim, ao todo, D. Dorca criou 10 filhos. Muito do que aprendi da vida reprodutiva de D. Dorca foi comentado por ela enquanto *puxava* as mulheres que atendia. Numa tarde, ao conversarmos sobre o ritmo do trabalho de parto com Ritinha, paciente que se sentia muito insegura ao sétimo mês de gravidez, a parteira lembrou:

Eu senti uma dor de anebra e fui no banheiro. Nada saiu, só uma gosma. Percebi que não era motivo de banheiro: era o filho. Estava chovendo muito e pedi pro Almeida ir chamar a parteira. Ele disse que não ia sair na chuva e voltou pra rede. Eu tive o menino sozinha. A dor foi rápida. Mas esta minha barrigada não foi fácil. Inchou foi muito as minhas pernas, meus pés. Eu ficava era preocupada. Pensei até que fosse ser a última vez. Uma amiga me deu uma receita de banho com um bocado de ervas e temperos. Tinha que tomar três vezes

e beber um pouco de cada vez. Desinchou bem minhas pernas e o parto foi normal, foi bem rápido.

E os vários episódios complicados que D. Dorca enfrentou em sua trajetória reprodutiva ressaltam como gravidez, parto e puerpério podem ser momentos solitários e realmente perigosos quando, por exemplo, um marido, uma mãe ou uma parteira não cooperam. Por vezes, D. Dorca trazia casos semelhantes com desfechos positivos para confortar aquelas com medo e, em muitos momentos, eu lhe vi compartilhar histórias de heroísmo que só lhe engrandeciam como parideira e como parteira.

Durante várias gestações, D. Dorca adoeceu, enfrentou inchaço, pressão alta, dor no estômago, *abumina*. Teve também uma hemorragia de parto, em que *quase levou São Fidélis* (expressão local associada à morte e ao morrer) e uma malária, em que ficou 23 dias de febre, enquanto esperava sua filha Susana. Infelizmente, Susana não resistiu às intempéries. Todos sabiam de bebês que haviam morrido. Das 21 *barrigadas* de D. Dorca, 12 foram *filhos de tempo*, quer dizer, nasceram depois das 40 semanas de gravidez. E nove foram abortos. Acredito que essa diversidade de experiências difíceis, vividas por ela e por sua parentela imediata municiasse D. Dorca com um arsenal de referências e receitas para enfrentar os desafios apresentados por suas pacientes.

Dos 12 *filhos de tempo*, só 10 sobreviveram, quase todos criados pela parteira. Mas, como muita gente em Melgaço, ela também *deu* alguns, principalmente nos momentos de maior dificuldade financeira e familiar. Parecia ser mais difícil criar infantes porque havia muita despesa e pouco retorno com a contribuição de mão de obra. Adolescentes, por sua vez, ajudam muito, em casa e na roça.

Depois de alguns anos de casados, D. Dorca e Aprígio resolveram migrar, como tantos outros, para a sede urbana do município. Ela me explicou um pouco do que motivou a mudança:

[Lá no interior,] a gente plantou toda uma roça de açaí. A terra onde fez o açaizal era alugada. E o homem quis de volta depois que fizemos tudo aquilo. Os meus filhos Jeremias e o Jorge não aceitaram isso e queriam brigar

com o homem. Eu não quis ver meus filhos mortos e resolvi que a gente tinha que ir embora. Não queria morte na nossa família. Já tinha morrido gente ali por conta de terra e planta. E também, na cidade, tem duas coisas que lá fazia falta: saúde e escola. Lá, os professores não davam aula. Iam numa aula e depois faltavam dez. E a saúde que era muito difícil de cuidar no interior. Tinha remédios caseiros, a gente tirava ervas da mata. Mas se alguém realmente precisasse, não tinha o recurso.

D. Dorca, então, viveu na cidade por quase 20 anos, mas, logo ao chegar, se separou do marido. Um dia, sua filha Nilda chegou para tomar um gole de café enquanto eu lavava as vasilhas. Conversávamos sobre nossos casamentos, e eu puxei o assunto:

Soraya: Hein, Nilda, por que a D. Dorca separou do *seu* Aprígio?

Nilda: Foi assim. Ele sempre achava que nenhum filho da mamãe era dele. Vivia vigiando a minha mãe. Quando a gente morava no interior, ele ficava embaixo do jirau, tocaiando de dentro do casquinho, com a espingarda. Pra ver que homem ia chegar pra dormir com a mamãe. Nunca chegava homem nenhum, mas ele ficava ali. [...] Aqui em Melgaço foi a mesma coisa. Ele ficava tão bravo que não trazia comida pra minha mãe quando ela tava de resguardo. Ele só trazia comida que ela não podia comer. Ele fazia farinha e virava dinheiro, então era ele quem colocava comida dentro de casa. Mas nada pra ela. A gente ficava com pena, mas não podia fazer nada. [...] Ela sofreu muito com ele. Ela contou que ele até batia nela. Aí, um dia, ela foi fazer a venda na festa. Levou as coisas, né, churrasquinho, comida, essas coisas. A gente foi com ela ajudar. Lá, ela encontrou um sobrinho dela. Ela não bebe, mas nesse dia a gente viu ela tomar duas cervejas. Foram só duas. Ficou lá conversando com ele. Depois, no final, a gente ajudou ela a trazer as coisas de volta. Carregando panela e tudo. Quando ela chegou em casa, papai veio. Ela virou bicho. Nem tava porre,

mas começou a gritar como se estivesse. Eu sei que ela não tava doida, mas ela ficou brava. Não deu nem tempo dele desatar a rede, passou o terçado na corda e saiu. Nunca mais voltou. Depois, ele foi embora da cidade. Eu tava com 12 anos. Quando ele voltou, eu já tinha filho. Então ele teve um bocado de filho, mas criar mesmo, só criou três de nós no máximo.

Durante o casamento com Aprígio, os dias da parteira não foram fáceis. Ela criava a dezena de filhos sem muita ajuda financeira do marido e, segundo ela, ainda tinha que protegê-los deste homem beberrão e violento:

Tem mulher que fica a gestação toda, o resguardo todo sem comer direito. É difícil isso. Eu já passei por isso. Quando morava no interior, ficava dois, três dias sem comer. Mas eu ia entretendo meus filhos, com bolinho de farinha, café, mingau.

Depois que se separou, D. Dorca criou sozinha a prole. Até o ex-marido, em seu leito de morte, reconheceu seu valor, de acordo com a lembrança de Nilda, filha do casal:

Quando ele voltou, a mamãe já tava com o *seu* Bené [i.e. seu segundo marido]. O papai voltou muito doente. Tinha levado uma queda no mato, assim, bateu nas costas. Ele parava comigo ou com a Meriam [sua irmã]. A gente cuidou dele nos últimos anos. [...] No derradeiro dia, ele chamou a mamãe para conversar. Colocou a gente pra fora e só ficou os dois lá. Eu não sei o que ele falou pra ela. Pra nós, ele falou assim: “Minha filha, família é igual uma árvore”. Eu perguntei, “Por que, papai?”. Ele disse assim, “Eu sou a árvore. Mas a árvore não dá frutos. Sozinha, a árvore não dá os frutos. Eu sou a árvore e a sua mãe é a raiz. Ela é que dá os frutos. Vocês têm que cuidar dela. Façam por ela coisas que vocês não fizeram por mim”. E ele morreu nesse mesmo dia. Foi enterrado aqui mesmo em Melgaço. E ele tem razão, foi sempre a mamãe que uniu a gente, sabe. Ele disse que se ele faltasse não ia fazer muita falta pra nós. Mas se ela

faltasse, aí sim ia ser difícil para nós. E eu sinto mesmo isso. Quando ela viaja pra fora, fica muito ruim aqui. A gente nem vem aqui na casa dela. O *seu* Bené diz que ele mora aqui também, que é pra gente vim ver ele. Se ele adoecer, ninguém nem fica sabendo. Mas se ela não tá aqui fica um vazio, fica um espaço. Não tem graça.

Antes, era D. Dorca quem precisava de apoio. Depois da separação e já mais recentemente, ela ajudava os filhos porque, em alguma medida, mesmo que módica, podia fazê-lo. Sua hospitalidade e generosidade precisavam ser contrastadas com esse passado difícil. Recorrer à D. Dorca também se devia a sua situação financeira. Por conta desta situação relativamente mais favorável, D. Dorca criou netos e afilhados e, à época da pesquisa, os netos Andréia, Adriano e Pagico, com 10, 15 e 16 anos, respectivamente, moravam com ela. Ela contava com um *apósito* de R\$300,00 referentes à sua aposentadoria rural. Na verdade, essa casa contava com três salários mínimos porque, além dela, *seu* Benedito e D. Nair também já eram jubilados. Além disso, ela ganhava, em média, R\$20,00 por semana com *puxações* feitas pela cidade e uns R\$50,00 por mês com partos (fazia, em média, três partos por mês, mas dificilmente recebia por todos eles integralmente, como veremos no Capítulo 3). D. Dorca ainda vendia patos, ovos e, sob consignaço, bijuterias ou perfumes. Também trocava o uso de seus eletrodomésticos (*batedeira* de açaí, máquina de lavar roupa, liquidificador, *batedeira* de bolo, bomba do poço d'água) por favores e porções de comida ou cortes de carne. Ela tinha acesso aos serviços de crédito facilitados aos aposentados e vinha tirando “empréstimos” para melhorar sua casa, principalmente.¹⁶ E, nas oportunidades

¹⁶ Mas ela também me contou que devia R\$700,00 no *crediário*, disponibilizado por homens que vinham algumas vezes por mês a Melgaço e, sob um *carreto*, vendiam em domicílio artigos de cozinha, toalhas, brinquedos, roupas e sapatos. D. Dorca tinha muitos desses artigos *agasalhados* dentro do seu quarto. Roupas de cama, conjunto de pratinhos de sobremesa, brincos folheados a ouro – tudo novo. Ela dormia na rede, era diabética e não tinha as orelhas furadas, então eu suponho que esses bens, mais do que a importância de seu uso, lhe garantiam alguma segurança: caso necessitasse de dinheiro no futuro, podia trocar ou vendê-los na vizinhança.

em que participava de cursos de treinamento fora de Melgaço, recebia *diárias* e/ou *ajudas de custo*.

À época da pesquisa, cinco dos 10 filhos vivos de D. Dorca moravam em Melgaço: Nilda, Meriam, Enoque, Genilde e Joelson. Todos viviam separadamente em suas casas, com os respectivos cônjuges e filhos. Três outros se mudaram para Breves, um vivia em Bagre, e a primogênita já estava em Belém há muitos anos. À época, a parteira tinha 48 netos e cinco bisnetos. Sua filha caçula e duas de suas netas estavam grávidas enquanto eu lá trabalhava e a família prometia crescer mais ainda, dado o valor da filiação, os constantes recasamentos e as paqueras dos adolescentes que pareciam cada vez mais sérias.

Deste total, havia 56 parentes diretos da parteira em Melgaço, entre filhos, noras e genros, netos e bisnetos. Eles moravam todos na parte *de trás* da cidade e relativamente perto de nós. Eu encontrava com eles diariamente. De manhã, apareciam os menores que tinham aulas na pré-escola, que funcionava de tarde. Tomavam café e comiam pão (ou mingau, quando eu me dispunha a cozinhar), de vez em quando havia tapioca que *seu* Benedito trazia do *centro*. As filhas e noras de D. Dorca vinham nesse turno para usar sua máquina de lavar roupas ou o fogão a gás. Ajudavam em alguma tarefa na casa, como esfregar o jirau da cozinha, fritar um peixe. Na hora do almoço, voltavam para casa ou comiam conosco, conforme a oferta de comida em cada lar. No começo da tarde, os netos adolescentes também por ali estavam, tirando um cochilo, contando casos. No final da tarde, os filhos e netos apareciam de novo para procurar alguma “boquinha” do jantar, mas principalmente para socializar as notícias do dia. Este era o momento de maior descontração. Adultos, adolescentes e crianças se reuniam em torno da matriarca – no sentido de sua ascendência moral e organizativa naquela casa –, enquanto esta penteava seus longos cabelos ou terminava uma lição da aula.

Fui notando também que a chegada de um ou outro membro da família poderia sinalizar que houvera algum conflito em sua própria casa, que o marido não conseguira vender sua farinha no comércio *da frente*, que faltara um par de chinelos ou

um caderno para as crianças irem à escola etc. A casa da velha parteira era um refúgio, muitos lhe buscavam em momentos críticos. Mas também gostavam de sua companhia, das histórias de *buchudas* e de suas “aventuras” com a antropóloga a tiracolo. A casa da parteira era um ponto de encontro, sempre cheio de gente e movimento.

D. Dorca não era uma dona de casa típica. Ao sairmos para nossas “voltas clínicas”, como eu denomino suas caminhadas para atender diferentes casas, mulheres e problemas, ela deixava as tarefas designadas a cada membro da casa. Acredito que por conta de sua autoridade na casa, pelo fato de trazer rendimentos para a família e por ser mais velha, ela se desonerava de cumprir essas tarefas. Ela ajudava a alimentar e vestir o grupo, que, por sua vez, “pagava” com serviços domésticos e respeito à sua autoridade. Nunca vi D. Dorca cozinhar ou lavar a casa, por exemplo, em todo tempo que ali morei. Torrar café, lavar roupa, pilar arroz, puxar água, costurar e remendar roupas e alimentar a *criação* de patos e galinhas eram tarefas que mais comumente eu a via cumprir.

Depois que chegou à cidade e se separou, D. Dorca conheceu *seu* Benedito, agricultor viúvo. E ele logo se interessou por Duquita ou Duquinha, como ela permitia que só ele lhe chamasse na intimidade. Durante a semana, ele passava boa parte do dia no *centro*, cuidando de seus pés de mandioca e fazendo farinha para a família. Saía de casa antes do sol aparecer e voltava antes do mesmo se pôr. Na casa, *seu* Benedito, também conhecido como *seu* Bené, optava por uma participação bastante discreta. Pouco tempo passava ali, quase nunca socializava com os enteados. Quando voltava da roça, tomava seu banho e ia comprar *boia*, visitar algum de seus filhos que também viviam na cidade ou *encontrar mulher*. D. Dorca sabia dos eventuais e supostos casos extraconjugais do marido, mas “fazia vista grossa”. À noite, ele voltava e se recolhia à rede pouco depois do Jornal Nacional, que assistia com atenção quase patriótica.

Ouvi várias vezes os filhos da parteira, especialmente os rapazes, criticarem *seu* Bené. Em Melgaço, a relação entre padrastos e enteados está muito presente, mas nem por isso é

menos tensa. Os filhos da parteira desaprovavam as prioridades que *seu* Bené dava à própria renda. Ele, por sua vez, se irritava com a constante presença da família da esposa, especialmente nos momentos da *boia*. Por conta desse contexto, poucas vezes eu presenciei a convivência de ambas as partes, que procuravam, já àquela altura, se evitar cordialmente. Ao contrário do costume local, desse segundo casamento não resultaram filhos. D. Dorca, uma vez na volta do *centro*, me contou que perdera um filho de *seu* Bené, logo no início da relação. Ela nunca mais quis ou conseguiu engravidar e talvez por isso a relação, mesmo antiga, ainda preservasse alguma fragilidade.¹⁷

Numa noite, D. Dorca perguntou como era meu casamento. Ela sabia que eu estava casada há mais de 10 anos, à época. Quando eu valorizei a convivência e o diálogo, ela disse: “O Bené fala pouco comigo. Eu admiro os casais que conversam. Eu nunca conversei com o Bené, nem quando a gente começou”. Notava que, neste relacionamento, ela se beneficiava da estabilidade e proteção que um *homem dentro de casa* trazia naquela cidade e ele recebia o pacote *casa, comida e roupa lavada*. Mas em outros momentos, havia menos ares de contrato e obrigações e sim parceria e afeto. Ela organizava para que as filhas lavassem a roupa do marido, evitava que muitas crianças se juntassem na casa quando ele tentava descansar em sua rede nos sábados e não deixava de negociar sua ausência, junto ao *seu* Benedito, durante um parto ou viagem. Ele trazia uma comida que ela apreciava, arrumava uma janela da qual ela vinha reclamando, cuidou dela quando foi acometida por um derrame, ficando parcialmente paralisada. E admitiu, enfrentando os risos de toda a família, que realmente sentiu ciúmes quando ela viajou comigo ao Recife porque, em tom de brincadeira, eu

¹⁷ Talvez, quase à beira dos 50 anos, quando se casou com *seu* Bené, D. Dorca possivelmente tivesse atingido a menopausa. Ou talvez uma gravidez fosse mais difícil porque o casal, junto, se tornava manino. D. Dorca já havia me explicado que uma pessoa pode ser *manina* por si só, isto é, estéril. Mas também pode acontecer de um casal, ambos com filhos de casamentos anteriores, não conseguir gerar nova prole. Ela me explicou, “nesse caso, o sangue dele não agualhou com o dela”, isto é, “quando o sangue não combina um com o outro”.

havia lhe dito que compraria um biquíni para a parteira conhecer o Atlântico. E não foram poucas as vezes que eu vi os dois, observando o pôr do sol do banco da frente da casa, morrerem de rir das fofocas do dia.

Seu Bené era um pouco diferente do marido anterior de D. Dorca. Aprígio não gostava que ela saísse para atender as mulheres vizinhas na região ribeirinha onde viviam no Rio Anapu. Claro que essa configuração espacial exigia que D. Dorca passasse vários dias com suas pacientes, já que as casas poderiam distar horas de barco. Quando perguntei à Nilda, sua filha, como seu pai lidava com o fato de D. Dorca ser parteira, ela retrucou de imediato:

Mas quando! Ele não ia deixar ela sair como sai hoje, de noite, pras casas das mulheres. Ela atendia uma aqui outra ali. Não era como hoje, que vive com gente aqui chamando ela. Meu pai não ia deixar nunca.

Eu notara o mesmo com várias outras parteiras, mesmo entre aquelas que eu conhecia e viviam na cidade, mas *seu* Bené explicava sua contrariedade de outra forma:

Os filhos da Duquita querem que ela não trabalhe mais no centro. Eu trabalho para não ficar amontoado aí com os filhos dela. Não tem como ela ficar saindo à noite desse jeito. Dorme quente e sai no frio. Isso faz mal para ela. Eu não me incomodo com o trabalho dela. Mas antes, vinha chamar ela cedo. Hoje, eles vêm até à 1h da madrugada.

Apesar de alguma crítica, pelo menos ela podia praticar, diferente da época em que estava casada com o Finado Aprígio, como D. Dorca a ele sempre se referia.

Quer dizer, D. Dorca já tinha atendido algumas pacientes no interior. E, quando chegou a Melgaço, conta, “Eu já pegava menino, mas ninguém sabia”. No começo de uma manhã, enquanto puxava Cristina, uma moça jovem de segundo filho, D. Dorca conversava com a sogra da mesma, Maria José:

Maria José: Eu já atendi um parto. Era uma cunhada, me chamaram. Ela tava num barco pequeno, dentro da rede. E teve lá mesmo. Foram chamar a moça da Unidade e já tinha nascido.

D. Dorca: Eu também comecei assim. Eu ficava com a mulher enquanto iam chamar a parteira. Eu ficava dando chazinho, cuidando dela. E aí, não dava tempo da parteira chegar. Era eu mesmo. E depois me chamavam para atender as cunhadas, as irmãs e as vizinhas também. Foi assim que eu comecei. O primeiro parto que eu fiz foi da minha mãe.

Para mim, o mais surpreendente nessa diálogo foi essa última informação: seu primeiro *filho de umbigo*¹⁸ foi, na verdade, seu irmão. Muitas das parteiras que conheci e entrevistei aprenderam a *pegar menino* observando suas mães e avós, também parteiras. E D. Nair, à época com mais de 80 anos, primeira “paciente” de D. Dorca, também fora parteira. Imagino que, durante esse parto, a mestra, mesmo em meio a dores e *puxos*, foi dando algumas dicas concretas à filha. Assim, o “batismo de fogo” se deu com o *parto no susto*, enquanto a parteira “oficial” era chamada. (Esta forma de iniciação foi notada entre muitas parteiras da região e será melhor discutida no Capítulo 3).

Contudo, D. Dorca ganhou mesmo experiência e renome na cidade de Melgaço, onde o primeiro parto lhe serviu como uma eficiente porta de entrada no ramo:

Meu neto, filho da Meriam, foi o primeiro parto que eu fiz aqui em Melgaço. Ninguém queria atender ela. A Bené e a Adelaide mandaram dizer que estavam viajando. O marido de Chiquinha não deixou jogar osso aos cachorros, como se diz. Não deixou ela vir. A Tapuia

¹⁸ *Filho de umbigo* é aquela criança que nasceu pelas mãos de uma parteira. O umbigo, cortado por essa parteira, cria um parentesco simbólico de filiação entre ambas as partes. É bom lembrar que *cortar o umbigo* é uma das principais atribuições de uma parteira, tida como uma das que mais exigem perícia, experiência e instrumentos adequados (e.g. tesoura, esterilização etc.).

estava num parto. Eu não ia deixar minha filha morrer. Diziam que ela era de risco, que era jitita demais, tanto é que ela é jitita até hoje. Queria levar ela pra Breves. Quando deu as dores, eu atendi ela. Foi um parto difícil. Depois, a enfermeira mandou me chamar para conferir o umbigo, ver a criança. Ver se eu tinha feito certo. Ela ficou impressionada.

Quer dizer, parece que o destemor e a competência de D. Dorca foram reconhecidos pelas colegas parteiras e pela enfermeira local. E, numa das viagens que fizemos juntas até Breves – ela deitada na rede e eu sentada à beira do convés do barco –, perguntei quantos partos tinha atendido até então:

Para mais de 200, minha filha. Eu tô em Melgaço há 22 anos e, desde então, raramente passou um mês sem eu pegar um menino. Mas tem mês que eu atendo bem mais que um parto, você sabe. Desde que peguei o menino da Meriam, nunca mais parei.

D. Dorca angariou autoridade, destaque social e rendimentos com o trabalho de parteira. Ela também se aprazia com o papel que lhe era conferido de definir diagnósticos e prognósticos para situações reprodutivas difíceis que lhe chegavam. Mas seu trabalho não era de todo prazer e, aos poucos, compartilhou comigo seus desgostos. Ela se queixou de conflitos com outras parteiras, *lobas* (i.e., calotes de clientes), acusações de iatrogenias, falta de material obstétrico e, claro, vários tipos de *aperreios* como mortes neonatais, sequelas de parto, momentos de medo e insegurança etc.

3. A *puxação*: A principal atividade da parteira

Além de receber pacientes a qualquer hora em sua casa, D. Dorca estava igualmente disponível para visitar as mulheres que lhe mandavam um recado, requisitando uma visita. No início ou

no final do dia, quando o intenso calor dava trégua, eu sempre lhe acompanhava nessas “voltas clínicas”. Pelo visto, D. Dorca parecia ser uma das duas parteiras mais requisitadas no momento. Ela atendia uma média de dois partos por mês e realizava, quase que diariamente, atendimentos que envolviam *puxações*, receitas com plantas medicinais e aconselhamento conjugal e familiar. Durante as duas temporadas em que estive em Melgaço, D. Dorca atendeu 32 mulheres, o que significou, em números, 10 partos e 61 *puxações* (durante a gravidez, trabalho de parto, parto, pós-parto e pós-aborto). Quer dizer, algumas mulheres, sobretudo gestantes e puérperas, receberam mais de um atendimento de D. Dorca. Quer dizer também que o atendimento obstétrico propriamente dito foi antecedido e também procedido por *puxações*.

Conhecer de perto o trabalho de parteiras significa extrapolar os limites fisiológicos do parto e da saúde reprodutiva. Sua atuação começava bem antes de a mulher engravidar e terminava dias depois de o bebê ser expulso. Assim, alio-me a uma ideia de “saúde” bastante ampliada e complexificada. No Brasil, muito já se detalhou sobre o trabalho das parteiras, sobretudo, durante o parto (e.g. Pereira, 1993; Bessa, 1997; Freitas, 1997; Chamilco, 2001), inclusive historicamente (e.g. Mott, 2002, 2001; Barroso, 2001; Caixeta, 2003; Mendonça, 2004; Pinto, 2004), e, por isso, aqui pretendo lançar o foco sobre uma parte pouco visibilizada e comentada de seu trabalho, a *puxação*, que acontecia também durante o parto mas, principalmente, o extrapolava.

Essa massagem abdominal (que também pode ser feita em outras partes do corpo) era realizada em vários momentos da vida de uma mulher. Pouco foi dito sobre a importância e a extensão dessa prática no país e menos ainda sobre seu significativo papel terapêutico.¹⁹ Além disso, diferente dos partos, menos frequentes, as *puxações* aconteciam cotidianamente e foi

¹⁹ Sheila Cosminsky, estudando as parteiras mexicanas, comentou com razão: “Poucos estudos, no entanto, dão detalhes específicos sobre as massagens” (1977a: 311). E, de fato, a *puxação* só foi mencionada em alguns estudos etnográficos (e.g. Kelly, 1955; Jordan, 1989, 1993; Parra, 1993; Villatoro, 1994; Browner, 1995; Sesia, 1997; Morton, 2003). Jordan (1993) e principalmente Sesia (1997) nos brindam com os relatos e análises a meu ver mais detidos da *sobada*, que julgo ser o correspondente mesoamericano dessa massagem.

nesses encontros – ouvindo as conversas entre D. Dorca e suas pacientes, observando a casa e as dinâmicas familiares, atentando para o corpo e as práticas dessas mulheres com o cuidado de sua saúde e de seus filhos – que mais pude aprender sobre o trabalho das parteiras e seu papel na comunidade. Diferente do parto, durante as *puxações* o diálogo era possível e fundamental e, por isso, permitia que a antropóloga pudesse observar, ouvir e comentar os dados que lhe chegavam. E, é bom lembrar que a *puxação* era realizada durante toda a vida das mulheres, particularmente durante o ciclo reprodutivo e, com mais frequência, durante a gravidez. Mas não só grávidas eram *puxadas* e nem só parteiras *puxavam* as pessoas. Rezadeiras, curandeiros, *puxadores* também massageavam partes do corpo como músculos, pele, ossos, ligamentos, órgãos internos, cabelo etc. (e.g. Vargas e Naccarato, 1993: 44).

Neste capítulo, desejo comentar mais detidamente o contato com Silvana, uma das 32 mulheres atendidas por D. Dorca durante minha estada em Melgaço. Escolhi esse atendimento porque reúne várias das informações e muitos dos significados exponenciados pela *puxação*. Sua gestação foi especialmente complexa e a presença da experiência, observação e mãos da parteira ajudaram-lhe a fazer sentido desse evento. No presente capítulo, procuro mostrar como esta massagem tem sido fundamental para que, na biografia de D. Dorca e, creio, das demais parteiras, se desenvolvesse um espaço privilegiado para seu trabalho como parteira. Quer dizer, avento a hipótese de que, para a maior parte das parteiras, a *puxação* era um eficiente cartão de visitas com as pacientes e uma importante etapa em sua residência médica para que se tornassem boas e famosas parteiras.

3.1 O caso de Silvana: Uma *barrigada* “estranha”

Um dia antes, D. Dorca tinha recebido um recado. Pedro tinha ido até sua casa lhe pedir para *puxar* a esposa, Silvana, chamada por todos de Sil. Naquela tarde de 10 de setembro de

2005, D. Dorca, D. Jandira e eu fomos até o Moconha, uma rua recentemente povoada à beira da orla. Apesar de estar *na frente*, era visível e simbolicamente *de trás*.²⁰ Jandira e D. Dorca eram parteiras e bastante amigas, portanto, era comum que *caminhassem* juntas, visitando mulheres e conhecidos. Eu ia empurrando a bicicleta sobre um terreno arenoso e poeirento. O transporte seria útil para, mais tarde, levar D. Dorca de volta para casa, a oito quarteirões dali.

Em nossas “voltas clínicas”, sempre encontrávamos várias pessoas, ficávamos sabendo das notícias do dia, e eu aproveitava para aprender cada vez mais. No caminho, duas ou três crianças pediram a benção de D. Dorca. “Eu sou mãe de umbigo deles”, me explicou. Quer dizer, *pegou-lhes* ao nascer. Encontramos D. Joana, e D. Dorca lhe lembrou: “Você sabe que dia é amanhã, irmã Joana?”. Ela riu e disse que certamente estaria na reunião da associação de parteiras. Adiante, encontramos Nália e sua bebê Quitéria visitando uns vizinhos ou parentes. A menina estava grande, toda perfumada e banhada. Vestia uma calcinha amarela de renda. Nália se dirigiu a mim: “Eu vi a senhora e me perguntei se não era aquela que tinha estado lá em casa”. Em 2004, na primeira etapa da pesquisa, seu *ritual da unidade* (que será detalhado adiante, ainda nesse Capítulo) foi o primeiro que eu acompanhara. Ela contou que Quitéria agora estava bem, mas se recuperava de uma pneumonia forte, em que passou cinco dias internada no hospital de Breves. Eu ouvia muitos casos de bebês com pneumonia e também da recorrência com que se adicionavam os hospitais das cidades vizinhas.

D. Dorca não sabia ao certo onde morava Sil e, à medida que avançávamos, ia perguntando aos vizinhos. Chegando lá, Pedro nos recebeu, “Subam, subam, minha gente”. Batemos os chinelos para tirar a poeira. Ali, no jirau da frente, Silvana, com um barrigão, dava banho em dois filhos pequenos. Todos tinham o típico cabelo escuro e liso, mas o que mais me cha-

²⁰ Como mostrou Baía (2004), em sua análise sobre as novas configurações urbanas em Melgaço, após a intensa migração de famílias do interior, várias novas ruas estavam sendo abertas na cidade.

mava a atenção eram os olhos verdes e amendoados da família. Pedro buscou um banco para que as parteiras e eu sentássemos. A conversa logo seguiu:

Pedro: Eu fui na casa da senhora ontem, mas seu marido disse que tava pra escola. A gente tava pro interior e deu uma dor nela. Ela mandou eu buscar a parteira. Disseram que uma senhora lá era parteira e fui lá. Mas quando foi puxar minha mulher, eu só ouvia os passamentos lá de dentro. Fiquei com medo de matar a minha mulher. Depois me explicaram que ela não sabia puxar. Não tinha essas coisas de parteiras.

D. Dorca: É, é perigoso. Não é qualquer um que puxa. Mas olha, eu acho que tem que respeitar a mulher. Ela tem que ser atendida pela parteira que ela escolher. Eu ando pra rua e as pessoas maldosas dizem que eu tô é procurando cliente. Mas não é. O povo me busca, fazer o quê. Mas tem que deixar a sua mulher escolher. Tem muita parteira por aqui.

Depois, como já comentei no primeiro capítulo, D. Dorca explicou que eu estava fazendo uma *pesquisa* e que, por isso, a acompanhava em tudo. Pedro e Silvana me observaram curiosos, mas nada disseram. Fiquei sentada no banco que nos fora oferecido, tentando ser o mais discreta possível, pelo menos enquanto Sil ficava mais à vontade com nossa presença. Entramos na casa. Era do tipo mais comum em Melgaço, que denomino de “casa-vão”, isto é, uma pequena casa de madeira sem paredes internas. No canto perto da porta, havia uma mesa coberta com uma toalha de plástico florido e um banco corrido, estilo mesa de piquenique. Nessa parede, notei que uma dezena de painéis e tampas caprichosamente areadas estavam presas entre as tábuas. Numa pequena prateleira, alguns potes de plástico, com açúcar, café e leite em pó. Como em outras casas, aqui não havia geladeira, e a comida era providenciada e consumida no mesmo dia. No outro canto, redes estavam suspensas, esperando a noite. Algumas poucas roupas estavam dobradas sobre uma

pequena tábua fixada na quina das paredes, que servia de prateleira e armário. Vassoura, enxada, terço também eram vistos a um canto. Nisso consistia a casa e os bens do jovem casal. A mãe de Sil estava sentada numa rede com um menino pequeno e barrigudo no colo. Pedro nos ofereceu um leite morno, mas só D. Jandira aceitou. D. Dorca forrou o chão com o pano que Silvana lhe dera. A moça deitou, e ela lhe besuntou a barriga com óleo de cozinha que levava num frasco de desodorante limpo e reutilizado. O marido era todo curioso e observou atento a *pu-xação*, como eu nunca tinha visto um marido fazer antes. Silvana bem que tentou esvaziar a casa, mas todos queriam ficar. Ela ria de tempos em tempos, parecia tímida diante de tanta gente. D. Dorca passou as mãos pelo ventre da moça, olhava para o vazio enquanto mentalmente tentava definir a posição e o tamanho do bebê.

D. Dorca: Espia só, o bebê está de pé.

Silvana: Então é por isso que eu estava sentindo tanta dor.

Pedro: Qual é a posição que tem que estar, D. Dorca?.

D. Dorca: (Massageando para colocar o bebê na posição “certa”). De cabeça pra baixo, meu filho. Olha só como ele é resistente, já voltou pra ficar de pé. Esse aqui é danado pra dar cordão laçado. Bebê que só fica girando dá problema de laçamento. Vou vir te puxar de novo, minha filha, na segunda-feira bem cedo. Vou te acordar. De manhã é melhor para gente puxar. Aí, não vai mais te dar cara branca porque o menino tá com o pé na tua pente.

Pedro: Eu acho que ela contou errado. Ela engravidou em março e diz que é pra dezembro. Mas pra mim vem antes.

D. Dorca: É verdade, tá muito grande essa barriga, menina. Você sempre faz barriga grande assim?

Silvana: É, D. Dorca.

D. Dorca: Eu vou passar na casa da minha vizinha lá para pegar um óleo com alho pra passar em você. É muito bom pra menino assim. Venho passar em você na segunda, pode deixar. Tenho mais confiança em remédio caseiro.

Pedro: Hoje todo mundo quer usar remédio de farmácia, mas pra mim não funciona nada.

D. Dorca: [...] Hoje, as mulheres são fracas. As minhas filhas são bem mais fracas que eu. Mulher tem que cuidar, meu filho.

Pedro: Eu sei, D. Dorca. Tem muito homem que não valoriza a mulher que tem.

D. Dorca: Isso mesmo, meu filho. [...] Minhas filhas casaram muito mal. É duro pra uma mãe ver filha levando porrada na cara. Eu tinha que entrar, com o risco de também levar, pra defender minhas filhas. Tem muito homem que não sabe cuidar da mulher mesmo. Tem muito homem que quer casar pra ter uma filha que pode bater. O homem não quer que a mulher trabalhe fora, mas também não traz dinheiro pra casa. A mulher põe a vida dela em risco nos nove meses. O homem também, quando sai pra buscar um palmito ou qualquer coisa. Mas o risco da mulher é maior. Tem mulher que sofre quatro dias com dor pra ter o filho e tem gente que acha que é culpa da parteira que não consegue apressar o menino a sair. Mas a parteira não pode fazer nada. Só tem que esperar.

A massagem terminou, Silvana se levantou e trouxe um baldinho com água para D. Dorca lavar as mãos. “Então, a gente acerta, D. Dorca, quando a senhora vier aqui. Eu quero começar a juntar o dinheiro do parto. Quero que a senhora assiste minha mulher”, explicou o marido. Eles agradeceram timidamente, e nos fomos. Eu nunca tinha visto um marido tão cuidadoso com a esposa e, no caminho de volta, D. Dorca me diria: “É, ele é bem legalzinho”.

Na segunda-feira, 12 de setembro, levantamos bem cedo e fomos de bicicleta até o Moconha, D. Dorca na minha garupa, como costumávamos fazer em nossas “voltas”. Na *frente*, vimos que os correios estavam cheios de gente. Era dia de pagar a conta de luz. Em casa, encontramos Silvana e Pedro bebendo um café. Os dois meninos pequenos estavam comendo pipoca industrializada. A mãe da moça, sentada no chão com uma criança nos braços, nada comentou durante nossa visita, como da vez anterior. A irmã adolescente de Sil estava costurando uma saia jeans.

O ritual foi menos formal e mais rápido dessa vez. A parteira havia trazido um preparado à base de óleo, alho, pólvora e raiz de chicória. Ela besuntou a barriga da moça. A irmãzinha, sentindo o cheiro, fez uma careta e mudou de lugar. D. Dorca explicou o fenômeno interno e invisível, sorrindo satisfeita com o resultado: “Ele tá mudando de lugar, espia só. Tá descendo pro lugar certo”. “Toda vez que eu me mando puxar, tá dobrado”, diz a moça. Hoje, não houve tanto diálogo e em poucos minutos a operação estava concluída. D. Dorca comentou:

Eu volto em alguns dias, minha filha, para ver como tu anda. Vou deixar esse azeite para você. Quando for dormir, depois do banho, passa nesse mesmo lugar que eu passei. Só aqui em cima, na boca do estômago. Só aí, viu, Sil? Vamos ver se ele consegue ficar no lugar.

“Meu marido não vai dormir comigo na rede com esse cheiro. Se eu soubesse, passaria toda noite. Acho que vou usar sempre, daqui pra frente, irmã Dorca”, disse Silvana maliciosa, e todos caíram na gargalhada. Eu notava como criativos anticoncepcionais, como esse, estavam à disposição. A parteira foi até o jirau para lavar as mãos e, na saída, o marido abordou o assunto do pagamento. Embora já tivesse dois filhos, disse:

Pedro: Olha, D. Dorca, eu nunca fiz isso antes e queria saber como é o serviço da parteira.

D. Dorca: Eu assisto sua mulher.

Pedro: Depois a senhora vai embora, como é?

D. Dorca: Não, eu fico até o bebê nascer. No dia seguinte eu torno a vir e fazer almoço e lavar a roupa. Faço isso por três dias. Depois, volto no 8º dia.

Pedro: E quanto é esse serviço?

D. Dorca: 60 reais.

Silvana: A parteira do interior cobrava 50 e só assistia, não fazia mais nada. Assistia e ia embora. Então, esse preço é bom. Viu, Pedro, é bom.

D. Dorca: Além disso, eu moro longe e tenho que vir até aqui no Moconha.

Pedro e Silvana concordavam que havia alguma distância entre ambas as casas. D. Dorca apanhou sua sacolinha e chinelas, e eu lhe acompanhei. Nos despedimos e pedalamos até o correio, era nossa vez de enfrentar fila.

Uma semana depois, no dia 19 de setembro, D. Dorca foi chamada novamente. Fomos de manhã, quando ela preferia *puxar* as barrigas, alegando que a mulher estaria de barriga vazia ainda. Foi difícil pedalar, a parteira estava mais pesada ou eu estava mais fraca. No caminho, cruzamos com Pedro e acenamos. Ele estava indo para o *centro* trabalhar. Nesta terceira vez na casa da *buchuda*, ela estava só com os filhos. Sua mãe e irmãozinhos haviam voltado para o Rio Tajapuru Grande, onde viviam. Só reapareceriam na cidade no final de setembro, para a festa do padroeiro São Miguel, momento bastante esperado durante todo o ano. Silvana estava lavando roupas no jirau. A casa tinha todo o assoalho limpo, as panelas lavadas, a mesa sem farelos de comida. Dentro da casa, D. Dorca e eu sentamos nos bancos compridos e passamos à fase de sociabilidade que geralmente antecedia as *puxações*. Era a primeira vez que encontrávamos a grávida sem

a presença do marido. Pelo visto, ele já se sentia à vontade de deixar a esposa sozinha conosco, já estava suficientemente informado sobre esta relação e as atribuições de ambas as partes.

Silvana: Nesse instante, eu tava lavando a roupa. Mas tô fazendo devagar porque a água é difícil de puxar.

D. Dorca: Onde a senhora puxa a água?

Silvana: Da beira mesmo, do rio. Aqui tem torneira, mas a água não chega. Vai até a metade do Moconha e depois para. E o Pedro tá rasgado, nem pode ajudar muito. Foi uma saca de açai. Ele diz que sentiu rasgar quando colocou nas costas.²¹ [Silvana se deitou sobre um lençol vermelho bem desbotado e estendido sobre o chão. D. Dorca começou a lhe *puxar*, com olhos e mãos atentas].

Silvana: Eu tenho usado toda noite esse óleo, D. Dorca.

D. Dorca: Isso mesmo. Eu fui puxar a Sandra ontem [outra *buchuda* à época]. Chegou de Breves e não teve ainda. O médico disse que é para o dia 20 agora.

Silvana: A mãe e a filha estão buchudas, né, D. Dorca?

D. Dorca: Isso mesmo. [...]

Soraya: E aí, D. Dorca, o bebê endireitou?

D. Dorca: Endireitou. Só tá encostado na perna dele.

Soraya: Como no caso da Sandra?

D. Dorca: Isso mesmo.

²¹ D. Venina, uma parteira de Breves, me explicou como se referia e tratava das torções, luxações, distensões musculares na região: “Eu também puxo, puxo rasgadura e puxo desmentiduras. Puxar rasgadura é quando você tá com uma dor nas costas, você sente o vinco da rasgadura. Aí, eu puxo. Puxar desmentiduras é quando você desloca uma junta e não consegue mover. Eu resolvo tudo isso”.

Soraya: E você tá sentindo dor, Silvana?

Silvana: Senti ontem, mas foi pela lavagem da casa. O Pedro não pode ajudar muito porque tá rasgado.

D. Dorca: A gente tem que contar com os filhos da gente porque se o homem fica fazendo tudo em casa, ele não dá jeito noutras coisas. [Ela terminou a massagem e ajudou a moça a baixar a blusa].

Silvana concordou, ajeitando a saia. Depois dobrou e *agassalhou* o pano sobre o qual estava deitada. O centro da “casa-vão” ficou vazio de novo. D. Dorca lavou as mãos, nos despedimos e nos fomos. “Qualquer coisa, minha filha, é só chamar”, recomendou já na garupa da bicicleta.

Fazia um mês exatamente que tínhamos ido à casa de Silvana pela primeira vez. Era domingo, dia 9 de outubro, e, na casa da parteira, comemorávamos o aniversário de seu filho e nora com um almoço em família. Umhas 40 pessoas, entre adultos e muitas crianças, se reuniam no jirau da frente. Nisso, Pedro passou de bicicleta e disse: “A Sil tá sentindo uma dor ruim, D. Dorca”. No final da tarde, depois do bolo e dos parabéns, eu e D. Dorca caminhamos mais uma vez até a rua do Moconha.

Um casal de amigos estava visitando Silvana e Pedro. O casal tinha um filho e esperava outro. Os homens estavam no jirau, Silvana estava *mo fina* dentro da rede, e a amiga Lucinalda, sentada perto da porta, participava de ambas as conversas, de fora e de dentro da casa. Sil estava visivelmente irritada, não queria os filhos por perto nem queria comer ou conversar. D. Dorca entrou e fechou a porta atrás de nós. Depois, Mércia, sogra de Silvana, chegou para visitar também. Todos, Pedro, Mércia e Lucinalda, pareciam preocupados com a *mo fineza* da moça.

Silvana: Não sei, D. Dorca, parece que vai se adiantar esse menino.

D. Dorca: Tá dando isso mesmo, minha filha. Diz que é pra uma data e é antes. O seu, você diz que é pra de-

zembro e tá nascendo antes. Acontece assim. Não é que é de sete meses, mas é a mulher que menstrua toda a gravidez ou então menstruou só no começo e acha que não tá grávida.

Soraya: Mas é menstruação ou sangramento?

D. Dorca: É o mesmo. A neta da professora Valentina teve um com sete meses. [...]

Mércia: Uma teve hoje na Unidade às 10h. É a nora da Ronalda. Tava com a criança em casa já. É menino.

D. Dorca: É bom quando tem logo.

Mércia: Ela passou o dia na rede. Não adianta ser esparrenta. Eu não dava um gemido de vergonha. Eu nunca gostei disso. Era eu, a minha parteira e Deus. Não gostava do meu marido por perto.

Pedro [que, lá de fora, ouvia a conversa]: Eu vou ficar.

Silvana: Mas quando! Eu vou fechar tudo. Então, foi pra essa nora da Ronalda que veio a ambulância hoje de manhã. Eu pensei que o Pedro tinha mandado para mim. Se fosse pra mim, eu não ia de jeito nenhum. Eu amanheci enrascada, D. Dorca. Pulei, lavei roupa, enchi vasilhas, lavei roupa lá pra beira, tomei banho por lá mesmo.

D. Dorca: Então, minha filha, vamos se afomentar?

Silvana: [Ela se levantou do banco, forrou o chão com uma lençol e buscou o óleo para a massagem]. Vamos sim, D. Dorca. [Todos saíram da casa. Só ficaram a parteira, a grávida e eu. Como nos três encontros anteriores, D. Dorca arreia a saia da moça, unta as mãos e passa a lhe sentir as formas pronunciadas do ventre].

D. Dorca: Ele tava é sentado. Agora não vai ter mais cara branca. Não tem mais Dorca agora. Tá bem baixo esse

menino, Silvana. Tem hora que eu sinto aqui que já é pra nascer. [D. Dorca fica de pé e se dobra sobre o corpo de Silvana. Coloca as mãos por baixo de sua cintura e sacode a barriga.²²].

Silvana: Ai, D. Dorca, dói a minha pente.

Soraya: Quando você falou da nora da Ronalda, você disse que não ia de jeito nenhum pra Unidade. Por quê?

Silvana: É vergonha de estar lá. Onde a gente não conhece ninguém. E é só homem.

D. Dorca: Bom, minha filha, acho que endireitei ele. Vai passar essa tua mofineza, você vai ver.

D. Dorca tampou o frasco de óleo, lavou as mãos e se despediu da grávida, de seu marido e visitantes. Caminhamos de volta com Mércia que morava adiante, ali mesmo no Moconha. Mércia conta que teve todos seus filhos em casa. Mas que, se fosse hoje, teria na *unidade*.

Depois, às vésperas de nossa viagem até o Recife, em finais de outubro, D. Dorca procurou Silvana e todas as suas pacientes do momento para lhes dizer que estaria fora por alguns dias. No Moconha, não encontramos ninguém em casa e umas crianças vizinhas disseram ter visto a família na beira, tomando banho. Andamos sobre a areia fofa daquele trecho. Era impossível não sujar pés, chinelas e canelas. Encontramos Silvana dentro da água, de sutiã e short. Os dois filhos nadavam desenvoltos, como peixinhos. D. Dorca lhe perguntou se fora ela que a enfermeira Débora atendera na *unidade* recentemente.

²² No Peru, para virar um bebê, as parteiras também adotavam o *manteo*, idêntica a esta técnica empregada por D. Dorca: “Consiste em colocar um xale ou um lençol embaixo das costas da mulher, que está deitada de costas. A assistente tradicional de parto [traditional birth attendant] toma as duas pontas do xale e balança rítmica e vagarosamente nas áreas dorsais e ilíacas, subindo e descendo várias vezes. Esse procedimento é geralmente acompanhado do uso de plantas” (Castañeda-Camey *et al*, 1996: 205).

A enfermeira tinha dito à parteira que atendera uma moça com o filho que só queria ficar *atravessado*. Mas Débora não se lembrava do nome da paciente, e D. Dorca suspeitava ser Silvana. A grávida confirmou:

Eu fui fazer a consulta de pré-natal. Mas a enfermeira Débora disse que a minha barriga não tava muito normal e me deu um encaminhamento pra ir pra Breves. Eu pedi prum vereador a passagem e consegui.

Muitas mulheres locais – geralmente as *de trás* – geralmente recorriam ao clientelismo local para se cercar dos serviços que deveriam ser de responsabilidade pública e democraticamente acessíveis. “Lá, em Breves, D. Dorca, bati o ultra-som. O médico disse que são dois meninos. Eu estou com medo, D. Dorca”, disse entre sorrisos constrangidos. Depois de um breve silêncio, Sil continuou:

Mas o médico me disse pra não ter medo porque dia desses, uma mulher chegou lá com quatro filhos no bucho. Eu acho que vou ser operada. Eu queria pedir desculpas por empatar a senhora, D. Dorca, todo esse tempo.

D. Dorca discordou, com elegância:

Não tem nada disso. É a mulher que tem que escolher, minha filha. Também, eu não quero confusão por meu lado. Vai que eu te digo que posso fazer e depois é um parto complicado e eu fico de cúmplice? Gêmeo é de risco mesmo.

Silvana disse: “Isso mesmo. Eu vou pra Breves mesmo porque a enfermeira e o médico disseram que é de risco”. D. Dorca anunciou, então, que já sabia que eram dois bebês, mas não quis anunciar isso à Sil para não lhe meter medo.

“Pois é isso, minha filha. Qualquer coisa, esses dias que eu vou estar fora, você vai na unidade falar com a Débora, tá? Eu volto de hoje a oito [dias], no dia 6 de novembro”, explicou a parteira. “Depois que a senhora voltar de viagem, vou convidar o Pedro pra ir lá na casa da senhora pra conversar com a senhora”, disse Sil. Eu

imaginei que esta visita serviria para acertar as *puxações* recebidas e dissociadas do parto. Lucinalda, a mesma moça em visita à Silvana da última vez, chegou nesse momento para banhar sua família também. Seus dois filhos pareciam se divertir com os de Silvana. Nos despedimos, as moças nos desejaram boa viagem, e caminhamos de volta. A sós, eu perguntei à parteira por que não me contara que eram gêmeos. Ela disse, “O da Nazaré [sua nora] foi a mesma coisa. Eu só falei no final. Pra ela não esmorecer”. Assim, D. Dorca demonstrava que já sabia se tratar de uma gestação gemelar, mas era preciso manter essa informação sob sigilo da paciente e de todos à sua volta (inclusive eu) para que o *aperreio* não se tornasse maior ainda. Creio que se Silvana não tivesse sido alertada na Unidade, provavelmente teria parido com a ajuda da parteira ou, em algum momento de inflexão em que percebesse não se tratar de um *parto para casa*, D. Dorca lhe sugeriria procurar ajuda biomédica. Até então, D. Dorca lhe oferecia justamente o que era esperado de uma parteira durante a puxação na gestação, isto é, explicar e amenizar dores e indisposições “estranhas”, socializar a moça e sua família para a maternidade e ajudar no planejamento do parto. Em nenhum momento, D. Dorca foi acusada de “incompetência” por não ter anunciado que *Sil estava de gêmeos*.

Parecia também que todos na rua já sabiam do destino de Silvana. Na volta pela rua do Moconha, quando paramos para fugir da poeira levantada por um caminhão, ficamos papeando com algumas vizinhas que conheciam D. Dorca. Para meu espanto, uma falou, “Isso que dá ficar tomando remédio. Vem logo dois depois. Por que não espera vim um de cada vez, né?”. Foi então que eu entendi que ela se referia aos dois abortos que Silvana induzira anteriormente. Gêmeos (ou seja, mais trabalho para gerar, parir e criar) são um problema, pareciam quase uma punição por contradizer as regras morais. A história reprodutiva de uma mulher não é algo íntimo, mas bastante coletivizado. Mércia (sogra de Sil), Lucinalda (sua amiga), as vizinhas do Moconha, D. Jandira (parteira que nos acompanhara na primeira visita à moça) – todas observavam atentas a “estranha” gestação de Silvana. Uma barriga “grande demais”, *mofineza* atípica e um bebê que *teimava para se endireitar* eram sinais de alerta que

despertavam preocupação e curiosidade. Todas estas personagens tiravam conclusões do quadro, e o trabalho da parteira encarregada tinha que ser o mais acurado possível em relação ao desdobramento posterior. Saber *puxar*, em suma, era conseguir sintonizar o diagnóstico com o prognóstico de uma gestação.

3.2 *Puxando durante a gravidez: Uma construção lenta e metódica da experiência*

À primeira visita da parteira, Sil dizia estar grávida há 6 meses. Mas, em geral, as parteiras eram procuradas muito antes disso: o primeiro papel da *puxação* era explicar o repentino desaparecimento da menstruação (chamada geralmente de *novidade*) e oferecer o eventual diagnóstico da gravidez. Quando o corpo feminino ficava “diferente”, quando saía de sua “rotina”, precisava da parteira para explicar os motivos dessa mudança. Para interpretar o que existia dentro de uma barriga que mexia, que pesava, que doía, como no caso de Sil, não se usava somente a *puxação*.²³ Andando pelas ruas ou sentadas nos jiraus de casa, as parteiras podiam notar os corpos das mulheres que por ali passavam. Notavam ventres pronunciados, rostos *moftinos*, cansaço ao carregar uma criança no colo. Perguntavam e ouviam comentários sobre a moça, que sua menstruação havia sumido, que tivera uma tontura quando estava cozinhando,

²³ Além da gravidez, as parteiras também *topavam* substâncias ou seres inesperados como *ventos* (gases), *infecções* (que, localmente, poderiam ser atribuídas ao desrespeito ao resguardo pós-parto), *bolas de sangue* (que, muitas vezes, informavam sobre abortos mal realizados ou incompletos), *vermes* e *cobras*. Ouvi muitos casos de mulheres que haviam sido *emprenhadas pelos encantados*, que eram “considerados normalmente como invisíveis às pessoas comuns e que habitam ‘o fundo’, ou seja, uma região abaixo da superfície da terra, subterrânea ou subaquática, conhecida como ‘encantante’ [... e são] considerados ‘perigosos’, quando provocam doenças nas pessoas comuns, bem como conseguem levá-las ao fundo, onde poderão se tornar outros encantados” (Corrêa e Leonel, 2002: 40-41). Além disso, também apareciam mulheres que desejavam saber se *lá dentro* estava *tudo em ordem* porque desejavam e não conseguiam engravidar ou, uma vez grávidas, não conseguiam *segurar* uma gravidez. No primeiro caso, D. Dorca receitaria alguma *garrafada* para fortalecer e preparar o útero para receber a gravidez. No segundo caso, *emplastos de vinho* e *gemadas* eram recomendados para acabar com a *fraqueza na barriga* e reverter sangramentos, ameaças de abortos e fazer o *filho parar*.

que fora vista acompanhando um rapaz depois de uma festa etc. Reuniam esses dados e, quando essa mulher aparecia para ser *puxada*, a parteira aliava tudo que já soubesse ao que suas mãos lhe revelavam e ao que as moças respondessem mediante suas perguntas. Esperava-se, então, descobrisse e resolvesse o problema. As parteiras ajudavam a estabelecer os limites entre “normalidade” e “anormalidade” e a explicar o “inexplicável”. *Remédios do mato* eram fabricados sob encomenda (como a mistura de óleo com alho, no caso de Silvana), *remédios da farmácia* eram sugeridos, nomes de enfermeiras e médicos com boa reputação entre as pacientes da parteira, recomendados. Além disso, ofereciam ainda prescrições morais (como a definição de *bom marido*, como D. Dorca disse ao Pedro) e orientações para resolver a dor ou incômodo (por exemplo, cumprir as consultas de pré-natal no *postinho* etc.). Assim, fica claro como a *puxação* era uma ocasião para que a parteira observasse os diversos elementos dos cenários (da gravidez, da mulher, da casa, da família etc.) e *fizesse sentido* de um bebê que não se mexesse, de um *sangramento*, de uma dor de cabeça que não passava etc. Ela organizava a “desordem”. A partir dos corpos (do feto e da gestante), a parteira parecia organizar o mundo dessa mulher e da casa onde vivia. Do microcosmo, como diria a antropóloga inglesa Mary Douglas, se entendia e se fazia parte do macrocosmo.

Primeiramente, o pensamento microcósmico é um modelo do universo, portanto potencialmente compreensivo. Em segundo lugar, é uma analogia verdadeira, no sentido que é fundado sobre um esquema de orientações e de proporções paralelas. Não importa quais similitudes não se relacionam; as proporções similares tombam no coração de um sistema fusionando os paralelismos, assimilando tudo o que existe na sua própria estrutura de direções e de lugares. Em, terceiro lugar, mantendo a proporcionalidade, o microcosmo une o mundo social ao universo: as cartografias espaciais lhe permitem refletir a estrutura social num universo e, a partir de um certo ponto, o processo vai além da analogia, até proporcionar as regras de comportamento. O comportamento que não se refere aos princípios regulares acarreta penalidades (2004: 142-143).

Enquanto *puxava*, D. Dorca ia comentando o que encontrava e, geralmente, logo após esses comentários técnicos, ela emendava com alguma história semelhante de mulheres que atendera ou de suas próprias gestações. No exemplo descrito na seção anterior, D. Dorca lembrou da neta da sua professora Valentina que teve um filho prematuro, de Sandra, que estava *com o bebê encostado na perna* etc. Essas histórias tinham o caráter de mostrar à Silvana que seu caso não era uma exceção, que outras mulheres já vivenciaram o mesmo e que, se os “princípios regulares”, segundo Douglas, fossem seguidos, seria possível encontrar soluções. As histórias serviam também para D. Dorca evidenciar sua competência terapêutica, talvez num paralelo aos diplomas que encontramos nas paredes dos consultórios biomédicos, e garantir *rapport* pela simpatia e cumplicidade. Esses dois elementos – contextualização do incômodo e competência da parteira – serviam, assim, para apaziguar a paciente e transmitir-lhe confiança. A antropóloga alemã Brigitte Jordan encontrou, entre as parteiras mexicanas, papel muito semelhante para a *sobada*:

A massagem é sempre conduzida de forma lúdica e quase casual, com muita conversa acontecendo e com a parteira ocasionalmente interrompendo suas manipulações para contar uma história ou para comentar algum assunto levantado por outra pessoa no quarto. [...] Nem todos os tópicos [da conversa] são relacionados com a gravidez, no entanto. Há também “papo furado”, troca de notícias sobre as pessoas, preços e eventos e, claro, nossa presença [como antropólogas] sempre era uma deixa para puxar conversa (1993: 27).

Uma das coisas que eu ouvia sempre das mulheres em Melgaço era que preferiam não parir na *unidade* porque os médicos e enfermeiras lhes *metiam medo* demais. As parteiras, ao contrário, pareciam insuflar-lhes coragem e autoconfiança em cada encontro. No caso de Silvana, apesar de ser atendida por uma parteira, aquiesceu ao medo que lhe foi insuflado pela enfermeira Débora. Parece que a coragem que D. Dorca lhe passava a cada encontro não fora suficiente para desafiar o parto hospitalar recomendado pela Unidade de Saúde, mas Sil

reconheceu o trabalho de D. Dorca, ao lhe pedir desculpas por tomar seu tempo e insinuar que depois pagaria pelas *puxações*.

Diagnóstico e recomendações não eram dados ao final, na sala ou à porta da casa, mas *durante a puxação*. E tampouco as parteiras se restringiam ao problema, mas descreviam a situação intra-uterina e da gravidez: “o bebê está de pé”, “tá muito grande dessa barriga”, “tem que tratar bem essa mulher”.

Uma vez no *status de gestante*, esta mulher passava a visitar a mesma parteira ou a chamá-la sempre que sentia algum incômodo em decorrência da gravidez (dor nas costas, *cara branca*, *mofineza*, bebê *dobrado*, por exemplo) ou sofria algum evento inesperado (e.g. surra do marido, uma queda do jirau, *rasgadura* de tanto puxar água do rio ou do poço). As visitas e *puxações* serviam, principalmente, para que se fortalecesse um novo ou se renovasse um antigo laço entre a paciente e a parteira.

Se escolhesse permanecer com esta parteira, o marido da moça a *contrataria* para dois serviços consecutivos: *puxar* sempre que necessário durante a gravidez e, ao final do termo, *assistir* ao seu parto. Como no início do caso de Silvana, as *puxações* não foram pagas à medida que eram realizadas e um só preço foi acertado para o “pacote” que consistiu em visitas pré-natais, massagens, parto e visitas pós-natais. Caso a mulher não tivesse certeza se queria (ou se poderia) parir em casa, ela, ou mais comumente o marido, pagava cada vez que fosse *puxada*.²⁴ Vi muitas vezes o que se passou no caso de Pedro e Sil: o marido (e não a esposa)

²⁴ Uma *puxação* podia ser paga em espécie (com farinha, frutas, um favor no futuro, por exemplo) ou em dinheiro, de R\$1,00 a R\$3,00 por atendimento. Ir até à casa da cliente, dispor do óleo a ser usado, passar mais tempo (e dar conselhos, checar outros sintomas, massagear mais do que a barriga, examinar mais moradores da casa) inflacionavam o preço, tanto da *puxação* quanto dos partos. *Puxar* mulheres *acostumadas* (ao contrário de *mulher de primeiro filho*) também era mais fácil e mais barato, afinal seu corpo já estava socializado para a gravidez e o feto tendia a logo *se agasalhar* no lugar *certo*. Ser parente, receber a paciente na própria casa ou reconhecer que a mulher tinha *pouca condição* (financeira) barateavam o serviço. Algumas mulheres prometiam trazer o dinheiro depois, outras já levavam a quantia sabida. Casais que não tivessem pagado partos anteriormente *asistidos* pela parteira teriam que quitar sua dívida ou tentar negociá-la para que a gravidez atual fosse atendida novamente pela parteira. Sabendo disso, inclusive, creio que, no caso acima, Pedro tenha chamado D. Dorca não só porque ela era conhecida na cidade e o caso de Silvana precisava dessa experiência, mas também porque devia a uma parteira anteriormente acionada, D. Santana.

chamava a parteira, explicava a situação, falava em pagamentos e contrato, como veremos em maior detalhe no próximo capítulo.

Além de aliviar eventuais dores, a gestante era *puxada* para que a parteira se certificasse de *quatro* aspectos centrais: a posição e o sexo do feto, a data do parto e a possibilidade de parir em casa. Primeiro, *puxava-se* uma barriga para saber se o bebê estava *na posição certa*, isto é, a posição cefálica que facilitava o parto vaginal. Caso contrário, era preciso *endireitar e acostumar* o feto, durante toda a gravidez, a permanecer neste lugar *certo*. Segundo a literatura, essa tarefa é uma das que mais se espera das parteiras (Cosminsky, 1977a: 311-12; Castañeda-Camey *et al*, 1996: 205, Sesia, 1997: 404-408; Pereira, 1993: 248-251; Jordan, 1993: 24-28). Em Melgaço, essa atribuição da parteira, que denomino de uma “socialização espacial do feto”, era fundamental para se evitar o hospital, o parto cesariano e a dependência dos profissionais de saúde (locais de Breves ou de Portel) e da prefeitura (para passagens ou combustível até essas outras duas cidades, onde havia hospitais de atenção secundária).

Mas um feto mal posicionado não era apenas um problema futuro, para a hora do parto. Incomodava durante a gravidez. Muitas, como Sil, reclamavam quando seu bebê ficava com a cabeça ou um cotovelo *enterrado no toco de sua coxa* ou quando doía sua *pente*. Assim, para lidar com um *feto teimoso*, as parteiras encontravam a cabeça e lentamente faziam com que aquele corpinho girasse sobre seu próprio eixo e deixasse o lugar onde escolhera para *se agasalhar*. Além de massagem, D. Dorca também sugeriu que Sil usasse o óleo com alho, pólvora e chicória, para incentivar a rotação desejada.

“Muito enjojo é sempre mulher”, “parece que é mulher porque vive com a barriga pra cima” e “mulher gosta de se agasalhar assim” eram comentários ouvidos durante as *puxações*. Interessante também é que, ao contrário do que encontramos entre classes médias urbanas no Brasil, aqui, saber o sexo não parecia exatamente uma medida para individualizar o feto.²⁵

²⁵ Porém, por outro lado, a ultrassonografia vinha sendo cada vez mais indicada pelos profissionais de saúde e ganhando cada vez mais destaque entre as mulheres locais. Esse aspecto, não estudado aqui, mereceria atenção de outros pesquisadores. Para os efeitos do ultrassom no contexto das classes médias urbanas, conferir o interessante trabalho de Chazan (2006).

Durante a gravidez, a mulher e sua família não se dirigiam ao feto pelo nome que, muitas vezes, só era escolhido dias ou semanas depois de ter nascido, às vezes à porta do cartório de registro. O sexo do bebê tampouco refletia na compra do enxoval que tendia a ser mínimo e adquirido (ou herdado) às vésperas do nascimento. Creio que o sexo do bebê servia mais para explicar como e por que se *agasalhara* em certa posição ou estava fazendo a mulher sofrer mais ou menos durante sua *barrigada*. Era mais um aspecto para compor a lógica da reprodução, onde um *filho homem* ganhava valor frente ao marido e sua família, por exemplo. Ser menino ou menina fazia mais sentido dentro das estruturas de gênero e parentesco do que para caracterizar o indivíduo que ali dentro estava sendo gerado.

Outra informação esperada da *puxação* era a previsão do parto. As mulheres queriam saber quando iriam parir para organizar seu tempo e sua vida familiar. Às vezes, era preciso avisar com antecedência à mãe da parturiente que vivia no interior, para que estivesse presente na hora do parto; outras vezes, a mulher já sabia que desejava parir no hospital, com uma operação cesariana ou não, e precisava juntar dinheiro e planejar sua viagem até lá; ou, como Sil, queria entender por que a barriga estava tão grande apesar de faltarem vários meses até o parto. Um exercício frequente para prever essa data era localizar a cabeça do feto no nascedouro e empurrá-la para cima. Se o bebê voltasse rapidamente para o canal vaginal, era sinal da proximidade do parto. Tamanho, vitalidade, posição e batimentos cardíacos do feto eram dicas valiosas também. O que, às vezes, dificultava a previsão do parto era a incerteza sobre a data da última *novidade*. Quando datas, tamanho do feto e da barriga e previsões biomédicas (ouvidas nas consultas de rotina no *postinho*) não coincidiam, as parteiras suspeitavam de bebês prematuros, de paternidade alternativa, de confusão entre menstruação e sangramento ou de gestação gêmea, como foi o caso aqui descrito.

E, por fim, o quarto aspecto fundamental, notado durante as sucessivas massagens e encontros, era se a *mulher podia ter em casa* ou não. A *puxação* e as conversas muniam a parteira

com dados sobre a capacidade de abertura da *pente* e da força de *puxo* da mulher, sobre seu histórico de *complicações* durante partos anteriores (*abumina*, tremores, *passamentos*, abortos etc.), sobre as condições físicas da casa (luz, privacidade, panos, água potável, banheiro, comida), apoio da sogra, mãe e marido, se a família contava com recursos para *levar pra Breves* etc. D. Dorca certamente percebera que, para as várias tarefas domésticas, Silvana não contava com o marido (que estava com as costas *rasgadas*), com os filhos (ainda muito pequenos), nem com a mãe (que vivia no interior). Era só Silvana, com sua enorme barriga, que puxava água, lavava a casa, a roupa, as vasilhas. Estas eram algumas das informações consideradas pela parteira para definir se o parto seria *para casa* ou não. Falhar nesse diagnóstico podia custar a vida da mulher e a reputação da parteira porque translados muito tardios podiam fazer com que um *parto difícil* acontecesse quando não havia médico ou enfermeira na *unidade*, quando a maré estava seca demais e nenhum barco conseguisse partir, quando o prefeito estava viajando e não havia quem liberasse o combustível para a viagem etc. Silvana queria parir em casa, como acontecera com seus outros dois filhos, mas a opinião do médico de Breves, da enfermeira de Melgaço e do ultrassom convenceram o casal a recorrer ao hospital vizinho. A parteira, que ia viajar e não poderia assistir ao parto, concordou que “gêmeo é de risco mesmo”. D. Dorca também percebera que Silvana preferia viajar até Breves a ter seus filhos na *unidade* em Melgaço, onde a moça “não conhecia ninguém” e, ao mesmo tempo, segundo ela, “só tinha homem”. Clara também era a influência da sogra de Silvana: Mércia incentivava as moças a terem seus bebês no hospital. D. Dorca reuniu e ponderou sobre todas estas informações para melhor orientar a *buchuda*.

As gestantes tentavam relacionar o que ouviam das parteiras com o que já fora vivido por elas ou suas parentas e com os diagnósticos emitidos pelos enfermeiros e médicos. O desafio aqui era fazer sentido desta gama de informações. Vale lembrar que uma mulher podia até ter *contratado* uma parteira, mas isso não lhe impedia de contrastar suas opiniões com outras

puxações e vereditos. D. Dorca já era a terceira parteira que Silvana e Pedro procuravam. E todas essas conclusões (sobre sexo e posição do bebê e data e lugar do parto) eram disputadas entre os curadores – *de trás* e *da frente* – porque, afinal, aproximar-se do resultado final significava aumentar seu respaldo terapêutico na comunidade e, mais importante, oferecer as melhores condições de saúde à paciente.

Mas, além de dores e incômodos, bastante típicos nas gestações que eu acompanhei na cidade, algumas gestantes procuravam as parteiras em casos de emergência. Quedas do jirau, das escadas, do trapiche, surras de maridos, pais e irmãos, brigas entre mulheres pelo mesmo candidato eram as razões principais para que uma gestante avertisse dano ou morte do feto. D. Dorca, por exemplo, era procurada imediatamente após estes incidentes e, no nosso quarto, vi muitos hematomas e lágrimas de *buchudas*. *Puxar* era necessário, portanto, para saber se o bebê continuava vivo, se havia sofrido das pancadas, se havia algum sangramento, perda de líquido ou perigo de aborto. D. Dorca, além de chás e repouso, também aconselhava na resolução dos conflitos. A massagem permitia que a parteira adentrasse na intimidade da família e do casal. Ela notava indícios de violência, conflitos conjugais, disputas entre parentes e afins, dificuldades financeiras, fome, desemprego etc.

Por reconhecer esta quantidade de informações íntimas e a velocidade com que as mesmas podiam circular pela cidade pequena, D. Dorca zelava pela privacidade de suas pacientes e cuidava para não passar adiante seus segredos e *aperreios* e nem deixar que a neta Andréia (que frequentemente nos acompanhava) participasse das *puxações*. Mas é bom lembrar que, já na adolescência, as filhas e netas das parteiras podiam passar também para dentro dos quartos. E, pelo que pude notar, a *puxação* também ajudava a iniciar essas candidatas no trabalho do partear. Ora apenas observavam as mãos ágeis das parteiras, ora eram guiadas por essas mesmas mãos para sentir o que era explicado oralmente. Muitas foram as vezes, por exemplo, que D. Dorca, reagindo ao meu olhar curioso ou confuso, colocava minhas

mãos “na massa”. “Espia, Soraya, os carocinhos que eu te falei”, “Olha como tá inchada essa mãe do corpo” (Cf. Victora, 1999) etc. eram instruções que ela me dava enquanto guiava minhas mãos pelas barrigas, coxas, umbigos etc. Imagino que a mesma pedagogia sensorial era repetida com as parteiras neófitas. D. Dourada, outra parteira de Melgaço, me contou como esse *saber* lhe transformou em substituta da mãe:

Eu ia passando no rio. Teve uma chamada pra minha mãe, que era parteira idosa. Ela pegou um negócio de não ter tato nas mãos. Não tinha luva nem nada. Um homem então chamou ela porque a mulher dele tava em perigo. Eu já tinha atendido os filhos dele. Tava na hora e não vinha a criança. A minha mãe disse que tava direito e podia nascer. Eu fiz o toque e tava atravessado. Eu vi que tava assim enterrado do lado. Eu meti a mão com óleo e fui levando. Escapuliu pela pente e nasceu. Aí, a minha mãe me disse assim, “Dourada, minha filha, fica este posto pra ti. Eu não tinha entendido esse caso”. Aí, eu virei parteira.

E depois, a mesma D. Dourada, em uma reunião de parteiras, quando foi se apresentar disse, também usando a *puxação* como critério central de mérito: “Nem me lembro a quantidade [de bebês] que eu já atendi. Sou moradeira do [Rio] Laguna. A parteira velha lá sou eu. A parteira nova não decifra onde tá todos os ingredientes da criança”. Era pelas **mãos**, principalmente, que mulheres curiosas e jeitosas se iniciavam nesse trabalho e, também por elas, ganhavam renome (Jordan, 1993). Era pela *puxação* que se decifrava a realidade intra-uterina.

O período pré-natal tem sido o foco de atenção de inúmeras campanhas biomédicas recentes, mas geralmente como a fase em que os “riscos” (categoria que vem cada vez mais ganhando espaço nas políticas nacionais de saúde) podiam ser detectados e, assim, evitados. Noto ainda que as políticas e os profissionais envolvidos com a chamada saúde “materno-infantil” tendem a priorizar o segundo polo dessa díade, o feto (Cf. Jolly,

2003). Nesse sentido, era a gestante que devia se responsabilizar pela saúde do mesmo, comparecendo às consultas mensais, tomando as vacinas antitetânicas, alimentando-se com cuidado etc. E, ainda, especialmente nas áreas ribeirinhas e rurais, os cursos de capacitação para parteiras dedicavam grande parte de sua ementa à listagem e descrição dos “sinais de risco”, isto é, circunstâncias fisiológicas específicas que poderiam ameaçar a vida da gestante e do feto. Das parteiras, principalmente, se esperava que encaminhassem os casos “complicados” às unidades de saúde mais próximas (Ministério da Saúde, 2000b: 79).

A prevenção do “risco” para a garantia da saúde fisiológica da mãe e de seu bebê é, portanto, o principal motivo do foco biomédico sobre o pré-natal. Mas as parteiras de Melgaço, por exemplo, ofereciam nesta etapa ainda outros serviços, diferentes e, sugiro, centrais na lógica local de saúde. E a *puxação* era o principal deles. Whitakker realizou uma pesquisa sobre parteiras em vilas da Tailândia. Lá, ela observou que o trabalho das parteiras durante o puerpério ganha destaque justamente porque essa fase recebe pouca atenção dos médicos e hospitais (Whitakker, 1999: 230). Em Melgaço, a *puxação* era famosa apesar do pré-natal biomédico ser uma fase altamente estimada pelas autoridades sanitárias. E apesar das campanhas da Secretaria Municipal de Saúde, segundo muitas das melgacenses com quem convivi (parteiras ou não), havia uma grande resistência em aderir ao pré-natal biomédico.

Ouvi vários motivos para se evitar as visitas mensais ao *postinho*. Por exemplo, as mulheres reclamavam que o serviço era oferecido nos horários em que mais estavam envolvidas com tarefas domésticas e cuidado dos filhos, elas se cansavam e se constrangiam da *maçada* de esperar horas por uma *ficha e/* ou pela *consulta* e se irritavam ao ver *gente da frente* furar a fila de espera. Elas me diziam também que os exames, *que enfiam coisas lá dentro*, doem. Alegavam que alguns profissionais de saúde (como agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, por exemplo) são vizinhos e/ou parentes e, por isso, recebavam perder a privacidade de sua vida sexual e reprodutiva.

Diziam também que as enfermeiras (responsáveis pelas consultas) estavam frequentemente atrasadas, de folga ou indisponíveis. Muitas contaram que, na suas gestações anteriores, bem como nas de suas mães, tias e avós, o pré-natal não fora feito, e os bebês haviam nascido saudáveis. Mulheres e parteiras me diziam ter *medo* do pré-natal e, mais especificamente, o *medo da outra vida*, isto é, medo de descobrirem doenças muitas vezes fatais, como a própria *abumina*.

Acredito que estas explicações podiam ser tidas como motivos oficiais para se evitar o hospital, frente a outros dois cenários nem sempre tão visíveis. Por um lado, maridos pareciam não aprovar o contato e a exposição de suas esposas aos homens e desconhecidos que trabalhavam na *unidade* ou no *postinho*. Durante as *puxações*, D. Dorca e eu ouvíamos as mulheres se queixarem dos maridos que insistiam para que descontinuassem suas consultas no *postinho*. Por outro lado, e de forma complementar, acredito que frequentar esses ambientes hospitalares oferecia uma dificuldade pouco tangível para os planejadores de políticas públicas ou para a antropóloga (personagens *da frente* e/ou *de fora*, acostumados a circular pelos espaços das letras, do poder, dos recursos). Por exemplo, eu notei como as pessoas, mesmo doentes, deixavam de procurar a *unidade* porque julgavam não ter uma roupa limpa ou nova o suficiente para ir até esse espaço da *frente*. Outros me diziam se sentirem envergonhados por não conseguirem ler a caligrafia médica ou não entenderem algumas das palavras usadas durante a consulta. Algumas pacientes de D. Dorca lhe pediam para que lhes acompanhasse até a *unidade* ou o *postinho* durante as consultas de pré-natal (mas também depois, no parto e na vacinação e registro pós-natais). Acreditava-se que a presença desta parteira renomada, “bem relacionada” e viajada facilitaria o acesso e trânsito nestas instituições. Ter contatos e viajar nem sempre eram aspectos valorizados pelas pacientes de D. Dorca, mas eram informações que estas reconheciam como valorizadas pelos *da frente*, justamente os médicos, enfermeiros, agentes do cartório que lhes atendiam. Como D. Dorca me lembrou: “Quando a mulher vai

com a parteira, ela é melhor atendida na unidade porque todo mundo já conhece a gente”. Aquelas gestantes que faziam o pré-natal tinham, de alguma forma, conseguido desconstruir os argumentos de resistência ao *postinho* e, assim, tinham logrado suplantar de alguma forma as resistências de gênero e de classe que estruturavam Melgaço.

Assim, por enquanto, arrisco a hipótese de que tanto por conta da complexa “arte” (social, afetiva, técnica) da parteira, quanto em razão do quadro de estranhamento do aparato biomédico, os serviços oferecidos pelas parteiras durante a gravidez eram tão procurados. E, mesmo que uma gestante comparecesse para sua consulta mensal no posto de saúde, isso não significava abrir mão das visitas e *puxações* e, assim, uma complementaridade terapêutica era acionada com fluidez nestes contextos.

3.3 *Puxando durante o trabalho de parto:* **Os holofotes no risco e na competência**

A cada atendimento, a cada *puxação*, as parteiras acumulavam um conjunto de informações que lhes cercavam de segurança para prever o tipo de trabalho que enfrentariam como também para decidir se atenderiam o caso ou não. Nos encontros motivados pela *puxação*, a parteira avaliava os sinais biomédicos que aprendera nos cursos de capacitação e os sinais (biomédicos ou não) que sua própria prática vinha lhe ensinando há anos. Ao *puxar* uma mulher em trabalho de parto, D. Dorca poderia rapidamente notar em que posição o bebê estava vindo. *Endireitá-lo* no momento do parto era menos provável e mais difícil e, por isso, todas as parteiras recomendavam que a mulher fosse *puxada* com antecedência, durante toda a gestação, para ir *agasalhando* o feto no lugar certo, isto é, na posição cefálica que facilitaria um parto normal. Essas informações faziam toda a diferença porque a parteira poderia perceber – durante a gravidez – que se tratava de um *parto complicado* e logo sugerir que um hospital fosse acessado ou que uma logística especial fosse providenciada

no ambiente domiciliar. Quer dizer, sem a *puxação*, nem a relação entre curadora e paciente era estabelecida, nem um quadro claro da gravidez poderia ser compreendido pela parteira. Eram estes dois elementos que compunham, a meu ver, uma *ideia local* de “risco”, em contraposição à ideia biomédica de “risco” que geralmente era atrelada somente às condições fisiológicas da gestante e de seu bebê.

E, por outro lado, se concluísse que o parto tivesse como transcorrer com normalidade, a parteira poderia organizar o seu tempo e o da paciente. E quando as contrações começassem, uma *puxação* bem leve, como uma *apalpação*, ajudava a saber a hora *certa* para fazer força de expulsão e previnha *escarnicar* a parturiente, quer dizer, empurrar, se cansar e se arriscar prematuramente. As parteiras também admitiam um limite importante da *puxação*: ela não ajudava a abrir uma *pente baixa, madura, fechada*. Esse quadro requeria deslocamento da parturiente para algum cenário hospitalar, onde a *injeção de puxo* ou uma cirurgia cesariana seria adotada.

Geralmente, quando o trabalho de parto se iniciava, a mulher melgacense mandava alguém chamar sua parteira. Chegando lá, a parteira provavelmente perguntaria se já havia o *signal de parto*, se a *dianteira arrebentara* e se as *dores* estavam muito intensas.²⁶ Depois, deitava a mulher e lhe *puxava*. A intenção, nesse momento, era tripla: saber se o feto estava cefálico, em que altura estava sua cabeça e prever a hora de seu nascimento. Por isso, as parteiras não gostavam de serem chamadas para atender uma mulher já em trabalho de parto, sem lhe conhecer ou sem ter lhe *puxado* de antemão. Isto significava que teriam que atender sem saber como estava o bebê e, pior, sem a chance de reposicioná-lo para facilitar o seu trabalho e o da paciente.

²⁶ O *signal de parto*, segundo me foi explicado por D. Dorca, consistia num pequeno borrão de sangue escuro que o útero eliminava e era interpretado localmente como um prenúncio certo da proximidade do parto. Algumas mulheres, geralmente as mais inexperientes ou primíparas, *ficavam forradas* (i.e., usavam um absorvente íntimo ou as tradicionais *toalhinhas*) durante todo o final do termo. Assim, conseguiam monitorar este último mês da gestação. *Dianteira* era a bolsa d’água que, quando arrebentada, também avisava que o bebê estava a caminho. Ambos sinais colocavam a parteira sob alerta.

Suponho também que essa indisposição das parteiras pudesse servir como uma desculpa êmica para contornar desdobramentos nem tão exitosos no atendimento destes partos.

Mas, em geral, não há essa correria toda. As parturientes e seus maridos tendiam a recorrer à parteira quando as primeiras dores começavam e, ao lá aportar, a parteira percebia que ainda teriam várias horas até a expulsão completa de feto e placenta. D. Dorca, por exemplo, recomendava que a moça caminhasse, comesse alguma coisa para ter força durante as contrações e bebesse algum chá para adiantar o processo. Quando se cansasse, poderia deitar na rede por alguns minutos. Enquanto isso tudo, geralmente D. Dorca zelava pela casa e família da mulher. Se a parturiente não estivesse ainda sob fortes dores e forças, era possível conversar um pouco. Era quando eu ficava sabendo de vários assuntos (não só relacionados àquele parto), de outras moças gestantes, das mudanças de profissionais na *unidade*, dos casos de separação de casais, das doenças que acometiam as crianças, de quem perdera o emprego ou migrara etc.

Quando as mulheres decidiam parir na *unidade*, a *puxação* também se mostrava útil. A moça entrava em trabalho de parto e caminhava até o hospital. Lá, ela era atendida e, com frequência, mandada embora, segundo a alegação dos médicos ou, mais provavelmente, dos atendentes de enfermagem, de que suas contrações estavam muito “iniciais”. Ela voltava para casa bastante frustrada e recorria à parteira. Ficava clara a autoridade angariada pelas parteiras para *traduzir* o ritmo e percurso do parto: onde estava o bebê, em que posição vinha, quando deveria ser feita a força, quanto tempo até a criança nascer etc. (cf. Barroso, 2001). Quer dizer, a parteira ajudava a planejar um cenário “ideal”, isto é, a mulher ter tempo de caminhar até o hospital e ter seu bebê rapidamente sem que tivesse que esperar pelos corredores solitários nem que corresse o risco de ganhar o filho no trajeto até lá (ou de lá). Era a *puxação*, no parto em casa ou no hospital, que ajudava a definir o ritmo e o tipo de parto que teriam pela frente.

Ao longo do trabalho de parto, passar as mãos pelo ventre da moça não servia apenas para sentir a intensidade das contra-

ções e a localização do feto, mas, sobretudo, para aplacar a eventual insegurança da parturiente. Muitas mulheres, geralmente as primíparas, D. Dorca me explicaria, tinham *medo do parto*. Novamente, a parteira era convocada a significar esse conjunto de sensações e eventos, muitas vezes desconhecidos, simultâneos e inesperados, e invocar *coragem* à mulher.

A *puxação* evitava o uso do *toque*, que era geralmente abominado pelas mulheres em casa ou no hospital.²⁷ Muitas mulheres, como será visto no Capítulo 4, preferiam ter seus filhos em casa (mesmo quando havia *indicativo* de complicação) a se “sujeitar” a serem *dedadas* repetidamente, me diziam, durante o parto na *unidade*. Outras preferiam contrariar as hierarquias de parentesco e vizinhança e escolher parteiras pelo seu estilo de trabalho. D. Benedita, por exemplo, era “famosa” pelo exercício do *toque* e algumas mulheres inclusive de sua própria família a preteriam por isso.

A *puxação* durante o parto também ajudava a aliviar dores musculares, esquentar o corpo da mulher e lhe dar mais força. Durante um dos partos em que estive presente, a parturiente repetia: “Gente, alguém puxa a minha perna. Eu não estou sentindo minha perna. Tá dando umas pontadas, gente. Assim, eu não vou ter força mais”. D. Dorca molhou as mãos com álcool e esfregou com força nas pernas da moça.

É claro que, no parto, a *puxação* era apenas uma das técnicas usadas para avaliar a “normalidade” do processo. Cheiros atípicos, evacuação de fezes ou sangue, *infecção*, *escorrimento*, tremores, desmaios, magreza, ausência de *puxo* ou de abertura da

²⁷ O toque vaginal, no ambiente biomédico, serve para medir, conforme o ângulo de abertura dos dedos indicador e médio, a centimetragem de dilatação da parturiente. Mas aqui, pelo que eu pude notar, chamam de *toque* o efeito de enfiar apenas um ou dois dedos no canal vaginal da mulher uma vez que a profundidade com que entram indica a distância que falta para a cabeça do feto *coroar*, isto é, chegar até o nascedouro, como me explicou D. Benedita, sobre um parto que ajudou a acontecer: “Eu cheguei na unidade e disseram que a moça já tava pra ganhar. Disseram que tava com 8cm. Eu disse que não tava na hora porque se o bebê tinha baixado 8cm, faltavam 2 ainda”. O toque repetido, além de acompanhar essa saída do feto e ter certeza que vem na posição cefálica, mostra à parturiente para onde exatamente fazer força, funcionando assim como uma medida didática também. Como o *toque* é uma estratégia polissêmica e polêmica, em seu estreito diálogo com o parto hospitalar e os treinamentos, ficará para a discussão no Capítulo 4.

penete – eram alguns dos sintomas que alarmavam as parteiras. E uma *puxação* leve durante o início do trabalho de parto parecia ajudar as parteiras a reconhecerem especialmente esses problemas “invisíveis”.

Massagear a barriga da parturiente era importante também para verificar a saúde do bebê. Segundo as parteiras, pontas dos dedos e palmas das mãos conseguiam sentir um coraçãozinho lento, um corpinho frio, *atravessado, de pé, de bunda* ou notar se o bebê estava *só no seco*, isto é, sem líquido amniótico suficiente. Estes eram exemplos de *avexames* que as parteiras encontravam e tinham que resolver. Além disso, era possível notar também se vinham gêmeos, uma *cobra* ou qualquer outra figura heterodoxa.

O recém-nascido também era atendido. Logo que nascesse, o importante era respirar, chorando ou não. Massagear seu tórax e costas e *puxar-lhe a garganta* eram técnicas para reanimá-lo e desimpedir as vias aéreas. A parteira notava também se a criança era *de tempo* ou não. Isso era importante para saber se, ao nascer pequeno demais, houvera tentativa de aborto ou se se tratava de um bebê prematuro. Ao *puxar* o nascido, a parteira averiguava sua maturidade e confirmava ou não suspeitas de paternidade alternativa.

Quando o bebê retomava sua cor e fôlego, a parteira podia voltar sua atenção à mulher e sua placenta. *Puxava-se* a barriga da parturiente quando a placenta resistia em *desocupar*, isto é, descolar-se das paredes uterinas e ser parida. Aqui, a *puxação* era mais um dos artifícios usados para a saída da placenta, um momento cheio de ansiedade para as parteiras.²⁸ Além disso, orações, café forte com manteiga, mudança de posição da mulher, chá de ervas indutoras, participação de rezadeira e/ou benzedeira podiam ser acionados para ajudar a *desocupar* a placenta.

²⁸ Quase todas as pesquisas sobre parteiras dedicam algum tempo à *desocupação do resto* (Cosminsky, 1977a: 319). No Brasil, as teses sempre registram a Oração de Santa Margarida, de uso recorrente neste momento, inclusive no Pará: “Valei-me Santa Margarida. Nem estou prenha e nem parida. Sou de Deus favorecida. Tirai esta carne podre desta barriga” (e.g. Bessa, 1997; Chamilco, 2001; Dias, 2002; Costa 2002).

3.4 *Puxando* depois do parto: Um acompanhamento para a reordenação da vida

Havia dois detalhes que me informavam que uma mulher havia parido em Melgaço: uma fila de fraldas brancas secando no varal dos fundos e as janelas da casa todas fechadas. E, se eu continuasse a observar, essa casa receberia visitas diárias de uma parteira. Logo depois do parto, a parteira *contratada* visitava sua paciente durante três a oito dias. A massagem abdominal era uma das principais atividades neste período, como lembra Cosminsky, em seus estudos com parteiras guatemaltecas:

O uso das massagens é universal nas comunidades me-soamericanas. Crê-se que as massagens promovem o “fluir do sangue” e que, portanto “limpam a mulher” [...]; se usam também para aumentar a produção de leite [...] para aliviar a dor depois do parto e para guardar o útero em seu próprio lugar (1977a: 323).

A situação de pós-parto podia equivaler também a um pós-aborto (provocado ou não), cenário muito comum e ao mesmo tempo muito silenciado na cidade. Neste caso, as janelas fechadas, a fragilidade da mulher, a preocupação do marido, o momento liminar eram idênticos a qualquer outro parto, só faltando as fraldas secando ao sol.

Nos dias que se seguiam após o parto, a parteira *puxava* sua paciente para ter certeza que seu corpo voltara ao lugar *normal*, que pedaços do *resto* não haviam ficado retidos, que a hemorragia cessara etc. Esse quadro tendia a ser mais grave no caso do aborto. O útero devia voltar ao seu tamanho normal, desinchar e estar preparado para uma eventual nova gravidez. Parecia que o “normal” e “saúdável” era sangue e órgãos não transitarem “descontrolados” ou “desordenados” dentro do corpo, mas que voltassem, depois do parto, para seus lugares originais.

Neste caso, *puxar* não servia somente à saúde da mais nova mãe, mas também confirmava que o trabalho da parteira havia sido exitoso e visibilizava seu comprometimento com a

cliente. Ao visitar suas puérperas, D. Dorca verificava se cumpriam o resguardo para garantir sua saúde. O ideal era a mulher *quarentar* para, só então, voltar a comer e trabalhar normalmente. Eram vários os interditos nesta fase: carregar peso, lavar a casa e a roupa (especialmente a rede), sair de casa, manter relações sexuais, comer comidas *perigosas* (especialmente, alimentos *reimosos*, *imbiara* e nada diferente do que foi comido na gestação anterior) etc.²⁹ Era preciso também, nessa fase, *fechar* os ossos da região por meio de uma das três formas: apertar a pélvis da mulher com as mãos, amarrá-la com uma faixa (conhecida no Pará como *pense*) ou sentar sobre seu quadril (com a mulher deitada de lado). Bessa (1997: 164), Chamilco (2001), Barroso (2001: 48) e Pinto (2004: 190) encontraram exatamente a mesma medida também entre as parteiras do Acre, do Amapá e do Pará. D. Dorca e suas colegas podiam ainda prescrever *remédios do mato* e *chás* para problemas específicos: um chá de verônica com acapu para contrair o útero; um chá de pinhão para cessar sangramentos; ou alfavaca e sálvia, para desfazer acúmulos de sangue e dores uterinas.

Assim, no pós-parto, a parteira parecia ajudar a *reordenar* tudo que havia “saído do lugar”: concentrar o que se espalhou, fechar o que se abriu, desinchar o que aumentou, encaixar o que deslocou, aliviar o que se tensionou etc. O parto, ao que os dados indicam, suspendia a mulher a uma condição excepcional, em que tudo se alterava e desestabilizava. Depois que

²⁹ Os alimentos *reimosos* diziam respeito a um conjunto de peixes, caças, frutas e verduras (nem sempre consensuados entre todos) com forte potencial de perigo à saúde de pessoas em estados tidos como vulneráveis, como mulheres de resguardo, enfermos, crianças etc. Para uma análise mais detida sobre a *reima*, ver Motta-Maués e Maués (1978). Já a *imbiara* tinha seu significado atrelado à *panemice*, ambos conceitos que me foram explicados por uma professora que vivia *na frente* da cidade: “Quando o pescador ou o caçador vão pescar ou caçar, eles lavam a arma ou a rede com folhas, uma mistura lá. Aí, a arma fica panema e aquela caça ou o peixe fica imbiara. Se a mulher comer, ela perde o bebê na hora. Isso aconteceu com a minha mãe. Ela comeu imbiara e perdeu o bebê na hora”. *Panema* era um estado amplamente conhecido e discutido na Amazônia e não se referia somente às armas dos caçadores; mas uma pessoa, uma casa, uma canoa podiam estar *panemas*. Ver o artigo de DaMatta, que lhe dedicou uma análise estrutural (Cf. 1973: 67-96).

paria a criança, seu corpo não retomava sozinho ao lugar *certo*, e a atuação da parteira era esperada nesse processo de “renormalização” ou “ressocialização” física. E a *puxação* era fundamental também nesta fase.

Uma das estratégias usadas pelas parteiras para que as mulheres cumprissem o resguardo é recordar o risco do *parto subir pra cabeça*. *Parto*, nesse sentido, era a placenta ou a hemorragia após o nascimento do bebê. Sair no *tempo*, pegar frio, vento ou chuva, aborrecer-se ou ter a placenta desenterrada e comida por animais – eram situações que tornavam a mulher vulnerável e ameaçavam contribuir para que o seu parto *lhe subisse à cabeça* e *lhe endoidasse* de vez, como costumavam dizer (Cf. Fleischer, 2007a). A parteira, conhecendo a dinâmica da casa em questão, poderia alertar os parentes desse risco e negociar um período de trégua durante o resguardo e, assim, evitar a *subida do parto* e que complicações pós-parto fossem atribuídas ao desempenho da parteira. E por isso também, como vimos, D. Dorca alertou Pedro sobre seu papel durante o ciclo gravídico de sua esposa:

“Mulher tem que cuidar, meu filho. Tem muito homem que não sabe cuidar da mulher mesmo. [...] A mulher põe a vida dela em risco nos nove meses. [...] Tem mulher que sofre quatro dias com dor pra ter o filho”.

Muitas mulheres me explicaram que um dos principais motivos para *contratarem* uma parteira é que lavavam a *roupa do parto*. Essa tarefa era dificultada pelo esforço físico de buscar água e esfregar roupas pesadas (como redes, lençóis, panos e toalhas), geralmente usadas e ensanguentadas durante o parto. Nos três dias que frequentava a casa da sua paciente, esses panos de parto bem como as roupas de toda a casa eram lavados pela parteira. Para D. Dorca, não *puxar* a mulher e não lavar sua roupa eram duas faltas que se acumulavam no comprometimento da saúde da puérpera.

Durante esses oito dias que a parteira ficava, digamos, “sobre aviso”, ela podia ser chamada, a qualquer momento, para resolver problemas inesperados, tanto da mulher quanto do bebê. Quanto a este último, checavam vários itens: se seu umbigo havia

parado de sangrar, secado e caído, se a *pense do umbigo* já podia ser retirada, se estava se alimentando bem, se estava protegido de *friagem e quebranto*³⁰, se era preciso *fazer o peitinho* nas meninas etc.³¹

As puérperas reclamavam muito das chamadas *dores tortas*, isto é, dores na barriga, na *pente*, nas cadeiras, nas costas, no *espinhaço* e nas pernas que, segundo me explicaram, eram áreas sobrecarregadas pelos esforços do parto. *Útero inchado* ou *fora do lugar*, *mofineza*, inapetência, hemorragia, calafrios, tremores eram outros sintomas que as parteiras percebiam como potenciais problemas no pós-parto. Casos de abortos (provocados ou espontâneos) e natimortos complicavam ainda mais esse quadro, e as *puxações* precisariam ser mais frequentes. D. Dorca repetia sempre que “dor de aborto é pior que dor de tempo”, tanto no parto quanto na recuperação posterior da mulher. As parteiras diziam não saber receitar *remédio pra tirar* (i.e. abortar), mas não se negavam a atender uma mulher em processo de abortamento, seja para concluí-lo, quando irreversível, seja para tentar *segurar o menino*, quando este era o desejo da mulher. E, muitas vezes, as mesmas plantas usadas para estimular a expulsão do feto ou da placenta eram usadas para terminar abortos incompletos e, por isso, perigosos à saúde e à vida da mulher. Havia, vale lembrar, uma tênue diferença entre ajudar a mulher a *tirar o filho* e terminar um aborto já iniciado. Por preceitos morais e também

³⁰ *Quebranto* foi uma “condição perigosa” mencionada várias vezes no campo. Ali no Pará, seu sentido é semelhante ao que conhecemos do senso comum. D. Dorca me explicou como sendo *mal olhado* e lhe perguntei como identificamos uma criança acometida pelo *quebranto*. “O coco [a cabeça] fica verde, dá febre, pode morrer até”, ela explicou. Se assemelha muito ao *mal de ojo*, encontrado em muitos lugares da América Latina, já bem analisado por Cosminsky (1977a), Hurtado (1984), Villatoro (1989; 1990; 1996).

³¹ *Fazer o peitinho* é uma prática aplicada às meninas recém-nascidas. Consistia em espremer o leite de cada pequenina mama. Acreditavam que as meninas, quando na puberdade, atrairiam menos rapazes interessados se demonstrassem ter seios mais acanhados. As mães, ciosas das atividades sexuais precoces, tentavam retardar ao máximo o desenvolvimento mamário das filhas e uma eventual gravidez. De forma correlata, uma médica pernambucana me contou que, durante um curso que ministrava às parteiras em Baião, PA, uma participante contou ao grupo que, para retardar o crescimento mamário das filhas, prensava-lhes os seios com colheres esquentadas na brasa. Garantia que a prática funcionava com sucesso. Sugiro que ter encontrado, numa cidade tão próxima de Melgaço, prática semelhante fortalece esta minha explicação acima e urge que estudos mais aprofundados sobre o tema sejam realizados.

legais, as parteiras eram cuidadosas por manter essa separação já que poderiam ser incriminadas como *aborteiras*.

A amamentação era foco também nessas visitas puerperais. A parteira precisava checar se o peito da mulher havia *formado bico* e se ela havia aprendido a oferecê-lo “corretamente”. Problemas neonatais como bebês que não mamavam nem dormiam como o esperado eram explicados frequentemente pela amamentação. D. Dorca e suas colegas me explicaram que, mais e mais, encontravam mulheres resistentes ao aleitamento. O *peito cai ao amamentar, o bico dói e racha, não há bico nem leite, o primeiro leite é aguado ou fraco* eram algumas das razões apresentadas. E, por outro lado, as parteiras apelavam para contradiscursos: *dizque o primeiro leite é bom, amamentar evita pegar outro filho, se não der todo o leite o peito empedra e dá febre, leite de peito poupa despesa* [com leite em pó]. Numa visita à Letícia, uma jovem de 14 anos e *mãe de primeiro filho*, D. Dorca notou que ela não *tinha bico*. Rapidamente, D. Dorca levantou a camiseta, tomou o próprio seio numa mão (e seu costume de não usar sutiã facilitava esta demonstração) e disse, de forma didática, à moça:

Olha, minha filha, quando for banhar, tu puxa assim. Faz uma massagem para desenvolver teu peito. Se não, tu coloca um irmão seu menor para sugar teu peito. Rapidinho forma o bico.

A parteira também ajudava *puxando* delicadamente o seio da puérpera para produzir leite e para dissolver os nódulos e amenizar as dores quando o *peito empedrava*. Ensinava também que se *penteasse o peito* com um pente de plástico ajudaria a descartar o leite não consumido. Além disso, elas receitavam *leiteiras* (mulheres que produzem muito leite e serviam como amas de leite) e os *chazinhos*, para horror das autoridades sanitárias locais, já que a água melgacense era frequentemente referida como vetor de doenças.

Em Melgaço, amamentava-se por vários meses. Nesse tempo, muitas mulheres acreditavam que *dar o peito* servia como um anticoncepcional natural (ainda mais porque camisinhas, injeções e pílulas eram métodos de difícil acesso no *postinho* e/ou no

processo de convencimento dentro do casamento). Mas D. Dorca, por exemplo, recebia mulheres, ainda com bebês no peito, que suspeitavam estar grávidas. O perigo de estar grávida era produzir o *leite arruinado*. Quer dizer, a mulher estava grávida mas não sabia e continuava amamentando seu bebê de colo. Este tenderia, segundo me mostravam, a enfraquecer porque havia tomado o leite que já estava destinado ao novo irmão, dentro da barriga da mãe, na mesma linha do *spoiled milk*, encontrado por Farmer entre as nutrizes no Haiti (1988). Por isso, mulheres puérperas, que nem bem tinham cumprido o resguardo ou nem bem tinham desmamado um recém-nascido, também apareciam procurando as “mãos advinhas” de D. Dorca. A *puxação*, prática onipresente, servia para definir e significar, continuamente, o estado em que uma mulher se encontrava e o comportamento e as práticas mais indicadas para cada estado ou evento. Como Farmer (*ibid*) nos sugeriu, a situação dos fluidos e substâncias corporais também informavam sobre possíveis conflitos, transgressões, instabilidades, isto é, funcionavam como eficientes “barômetros morais”.³²

Durante essas visitas de pós-parto, alguns outros assuntos importantes também eram abordados. D. Dorca, por exemplo, rememorava o parto da paciente já que nem sempre ela tinha clareza do que tinha acontecido, depois de tanta dor e provável torpor. Explicava fatos inusitados, comparava com outros que havia atendido, repetia a sequência dos acontecimentos etc. Ela contextualizava e detalhava um evento que serviria para compor a especificidade identitária da paciente como mãe, esposa, mulher etc. e também daquele rebento, à medida que fosse crescendo. Ao que parecia, *um parto informava outro*, tanto de uma mesma mulher, quanto das mulheres de uma mesma família. O primeiro parto da mulher era o que estabelecia, definitivamente, como seria sua “carreira obstétrica” e isto permitia que a parteira previsse alguns dos desafios que poderiam encontrar em partos futuros. Qualquer desvio da biografia obstétrica da mulher ou de sua família

³² Cf. Fleischer (2007a), para uma análise específica sobre os dramas puerperais em Melgaço.

seria motivo de alarme. E por isso tantas mulheres as quais eu conheci preferiam parir sempre com a mesma parteira, aquela que havia atendido desde o seu primogênito. Parecia persistir a ideia de que o corpo tinha uma configuração físico-moral, no sentido dado ao termo por Duarte (1986), rígida e fixa. Herdava-se ou aprendia-se um padrão de parir, ficar doente, curar-se e assim a pessoa permanecia por toda vida. Esperava-se que essa consistência anatômico-simbólica do corpo se mantivesse.

E outro assunto tratado nessas visitas pós-parto era a preparação para o *ritual da unidade*, quando a parteira conduzia mulher e bebê até a Unidade de Saúde para as vacinas e a emissão da Declaração de Nascido Vivo. A parteira informava o dia e a hora em que viria para acompanhar a puérpera e seu bebê, as etapas no hospital e na prefeitura, a roupa que o bebê deveria usar na ocasião, os documentos a levar. No oitavo dia após o parto, a parteira ia até a casa da paciente e dava o primeiro banho na criança. Não era recomendável que o banho acontecesse antes porque se considerava o bebê *verde* ainda, sobretudo, no sétimo dia, quando esse período “vulnerável” atingia sua maior intensidade. *Teto*, *parilisia* e várias outras doenças poderiam acometer esta criança exatamente neste dia. D. Dorca me lembrava de pais *irresponsáveis* que incorreram neste *erro* e depois lhe culpavam por um adoecimento qualquer que a criança viesse a desenvolver. Cumprir essas prescrições era importante também para que a parteira evitasse potenciais acusações. Depois de seca, entalcavam-na e vestiam-na com uma roupa nova, em geral de lã tricô ou linha verde, rosa ou azul. Touca, sapatinhos e luvas também serviam para evitar *friagem*. Algumas mães salpicavam um pouco de *colônia* sobre os fios de cabelo do neném.

Agora a criança estava pronta e devidamente “apresentável” para seu primeiro contato com o mundo social.³³ A mãe poderia exibir seu filho, e a parteira, seu *filho de umbigo*. Na ca-

³³ O *ritual da unidade* substituíria, a meu ver, o batismo como primeiro rito social comumente observado no Brasil. Nenhum batismo tomou parte durante minha estada, nem sequer a modalidade de *batismo em casa* (Fonseca e Brites, 2003). Pelo que me relataram, as famílias católicas esperavam a visita do padre, que vinha sempre no mês de setembro; mas esta não era nem para estas famílias uma iniciação muito ansiada.

minhada até a *unidade*, a criança seria observada e elogiada pelos conhecidos. Nem todas as mulheres e seus maridos cumpriam essas recomendações logo após o parto e, durante as *puxações* puerperais, D. Dorca contava, com severo tom de desaprovação, casos de bebês que adoeceram porque não tomaram as agulhadas ou outros que, já adolescentes, ainda não tinham sido registrados civilmente. Eu lhe perguntei, durante um *ritual da unidade*, por que a parteira cumpria esse papel, e ela me explicou, didática:

Para a mulher não tentar. Se não trouxer, ela vem na unidade só quando o bebê ficar doente. Aí judiam do bebê porque vai tomar todas as vacinas juntas. Elas acham também que com a parteira elas são melhor tratadas.

O *contrato* entre a parteira e esta família terminava com este “cortejo” até a *unidade*.

E, por fim, parteiras também eram chamadas para *puxar* problemas ginecológicos em geral. Se a parteira percebia que as dores não se deviam a uma gravidez, ao *puxar*, ela poderia descobrir abortos não relatados, *cistos*, *doenças da rua* (DSTs), *gases*, problemas de estômago ou *vermes*, por exemplo. Parteiras eram conhecidas principalmente pela atenção à saúde reprodutiva das mulheres, mas se recorria a elas para problemas de saúde em geral, dos bebês até os idosos. *Puxava-se rasgaduras* e *desmentiduras* nas costas, braços e pernas depois de muito trabalho físico, couros cabeludos com muita dor de cabeça, dedos e outros ossos que haviam sido torcidos, luxados, quebrados.

As parteiras *aposentadas*, isto é, aquelas com idade avançada demais para se submeterem ao trabalho físico do partejar, podiam se dedicar somente à *puxação*. Era uma forma de alguma renda continuar entrando no orçamento doméstico, de manterem sua identidade como parteiras e também de sustentarem sua autoridade e sabedoria como anciãs (Vargas e Naccarato, 1993: 44). E, na outra ponta, com a massagem, as parteiras *jovenzinhas* também podiam começar a acumular alguma experiência.³⁴

³⁴ As categorias de parteiras *aposentadas*, *antigas* ou *idosas* e *jovenzinhas* serão discutidas no Capítulo 5.

4. Problematisando a *puxação*

Vale notar que, durante o exame de pré-natal, a massagem é sem dúvida o aspecto mais comumente mencionado do trabalho das parteiras; em muitos casos, ele era o único aspecto mencionado. Mesmo quando a mulher em questão recebia o cuidado pré-natal de um provedor formal, a massagem e, até certo ponto, “ver se o bebê está ok”, é considerada uma responsabilidade quase que exclusiva das parteiras (Acevedo e Hurtado, 1997: 290).

Como Acevedo e Hurtado notaram na Guatemala, a *puxação* era, de longe, o serviço mais comum e frequentemente oferecido também pelas parteiras de Melgaço, sobretudo em comparação ao parto, propriamente dito, que vem, paulatinamente, sendo transferido para ambientes hospitalares. Segundo o cartório local, em 2004, 62,5% das crianças haviam nascido em casa, em 2005, 61,6%³⁵. Assim, arrisco a hipótese de que, no caso das parteiras migrantes para os centros urbanos, que contavam com uma grande concorrência do sistema oficial de saúde e um número maior de outras parteiras, a *puxação* passaria a ser sua atividade principal. Perguntei à jovem parteira Sabá como o novo hospital em construção à época afetaria o serviço das parteiras em Melgaço. Ela disse: “Acho que vai diminuir. Vão precisar mais é para *puxar* a barriga”. Algumas das parteiras que eu tive a oportunidade de entrevistar em Melgaço não atendiam partos há meses, e até há anos, mas com frequência todas *puxavam* os fregueses que lhes apareciam à porta de casa. Sugiro que esse perfil possa ser estendido às outras parteiras dos centros mais urbanizados da região amazônica e que receba mais aten-

³⁵ Segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 72%, 70%, 55% e 60% de crianças haviam nascido em domicílios melgacenses nos anos de 2004, 2005, 2006 e 2007, respectivamente (Ministério da Saúde, 2007b). Esta é uma fonte de dados demográficos bastante utilizada e, embora indique números um pouco diferentes dos colhidos à mesma época no cartório local, é possível ver a queda do número de partos que aconteciam em casa. O SINASC, contudo, não leva em conta se o parto foi atendido na sede urbana ou na área rural do município, detalhe bastante importante encontrado, por sua vez, nos livros cartorários.

ção, dada a sua capacidade de reunir aspectos do trabalho e dos dilemas atuais vividos por elas.

A *puxação*, além do corte do cordão umbilical e da cicatriza-ção do umbigo realizados pelas parteiras, era uma das práticas mais condenadas pelas autoridades sanitárias. Há algumas décadas, em seus documentos dirigidos aos países que “ainda” contavam com parteiras, a Organização Mundial da Saúde classificou as práticas obstétricas “tradicionais” em três categorias: “benéficas”, “inócuas” e “perigosas” (OMS, 1979). Os treinamentos de parteiras, portan-to, deveriam valorizar as primeiras, ignorar as segundas e, princi-palmente, substituir e desestimular as terceiras práticas. E as três práticas citadas no início deste parágrafo foram classificadas neste terceiro grupo. A *puxação* é “considerada prática inútil e perigosa por médicos e enfermeiras obstétricas, porque podem ocasionar rup-tura uterina, desprendimento do cordão ou enforcamento do bebê [pelo cordão]” (Vargas e Naccarato, 1993: 45). Este é o caso dos *bebês laçados*, como me diziam em Melgaço.

Em Melgaço, a repressão não era diferente. Em 2004, na primeira etapa da pesquisa, só havia um médico na *unidade*, Ar-tur, clínico geral que passava alguns dias por semana na cidade. Quando lhe perguntei se havia problemas no atendimento ofe-recido pelas parteiras, ele não titubeou:

Um problema é que a parteira puxa. O médico toca para ver de que lado está o bebê. E toca a púbis para sentir a cabeça do bebê. Mas a parteira corre o risco de deslocar o bebê do colo do útero. A mulher não quer sentir dor nenhuma, às vezes, é um pé ou um braço do bebê que está apertando sua costela. E ela pede para a parteira lhe puxar um pouco. As parteiras dizem que são as mulheres que pedem para serem puxadas. A parteira deve seguir a orientação de não puxar.

E a médica Gláucia que, em 2005, ficava 20 dias por mês na *unidade*, explicou: “Dá muito bebê laçado na unidade porque as parteiras puxam as barrigas. Aqui, 9 de 10 partos são laçados. Tudo culpa das parteiras”. Delicadamente, eu lhe perguntei em seguida: “Quantas cesáreas elas poupam? Quantos encaminhamentos elas

economizam? O que é menos pior, bebê laçado ou parto de bebê de pé, de mão, de bunda?”. Ela me olhou perplexa por alguns segundos e desconversou, voltando aos copos de cerveja à nossa frente. Eu notava que uma grande dificuldade por parte dos médicos era conseguir notar possíveis vantagens do trabalho das parteiras e, em decorrência dessa resistência prévia, notava também uma indisposição em atender esses partos transformados, segundo os profissionais da saúde, em “difíceis” pelas parteiras. “Difíceis” para os profissionais, estes mesmos partos tornavam-se “menos inseguros” segundo as parteiras. É bom lembrar que, a partir de 2005, além de duas enfermeiras que já faziam partos há alguns anos na Unidade de Saúde, dois médicos e outros dois enfermeiros foram contratados para atender emergências obstétricas. Nenhum deles, como vim a saber, havia feito partos antes disso, nem mesmo durante a formação universitária. Aprendiam com as (ou, na pior das hipóteses, nas) mulheres que recorriam à *unidade* para parir.

As parteiras reconheciam que as autoridades médicas em Melgaço, nos treinamentos e nos programas de televisão, não aprovavam essa prática. D. Ester, uma parteira que vivia no interior do município, mas vinha algumas vezes por semestre para visitar as filhas, fazer compras e renovar os *benefícios*, me explicou:

“O problema é que endireitar pode enlaçar a criança. E aí, custa muito a nascer, forceja pra frente e o cordão faz ir pra trás. É melhor deixar o bebê se endireitar por ele mesmo. Eu puxo só se chegar na hora”.

Elas reconheciam os perigos de *puxar* e, durante os partos e principalmente depois, nos relatos retrospectivos sobre os mesmos, elas notavam que os bebês vinham *laçados*. No momento do nascimento, rapidamente passavam o cordão umbilical por cima das cabecinhas dos bebês, tarefa tida como bastante trivial durante os partos em que estive presente. “Problema”, para estas parteiras de Melgaço, era bebê *atravessado*, falta de barco, combustível e médico na hora do *aperreio*. *Bebê laçado* não era por elas identificado como o pior dos problemas e parecia ser mais um “novo risco” associado pelo corpo biomédico ao parto domiciliar.

As parteiras e as mulheres atendidas também me contaram de casos mal-sucedidos de *puxações* de onde, segundo elas, decorreram mortes de bebês, partos prematuros, abortos, placentas prévias, diagnósticos equivocados (em relação ao sexo, posição e quantidade de bebês, ao mês da gestação etc.). E, assim, entre elas, a *puxação* servia também para classificar a mão de obra disponível, não só pelas opiniões das mulheres *puxadas* por diferentes parteiras, mas pelas próprias quando atendiam mulheres que já haviam sido *puxadas* anteriormente. Então, a *puxação* era uma forma de avaliar a competência das outras parteiras. Nas sucessivas visitas de D. Dorca à Silvana, caso descrito no início deste Capítulo, notei como a prática desta e das outras duas parteiras que haviam atendido à moça foram comparadas pelo casal. Por isso, creio que a prática possa ser tida como um atestado êmico de autoridade técnica.

Portanto, minha sugestão é que a *puxação*, principal prática que as parteiras oferecem às grávidas, seja tida como mais do que uma *massagem* ou uma *consulta*, como sugerido por algumas autoras (Cosminsky, 1977b; Vargas e Naccarato, 1993; Hurtado, 1984). A *puxação* ajuda a estabelecer o vínculo de confiança entre a gestante e a parteira e o contrato profissional que vai sendo assumido progressivamente. A relação entre ambas mulheres é construída e não dada de antemão e acontece conforme o ritmo impresso pela paciente, quer dizer, ela chama a parteira ao invés de seguir a rotina mensal imposta pelo *postinho* (Sesia, 1997: 404). Além disso, com a *puxação*, alternativa mais personalizada e pessoal, a parteira promove um ritual de socialização desta mulher para o parto e a maternidade, especialmente a *mulher de primeiro filho*.

A *puxação* permite um momento de confidências. Em suas visitas, D. Dorca tinha tempo de conversar e conhecer os dramas que a gravidez catalisara para Silvana, como vimos no início deste Capítulo. Casos de adultério, estupro, incesto, abandono, violência, acidentes e dores, por exemplo, podem ser discutidos durante a *puxação*, e a parteira assume a tarefa de ajudar a resolvê-los dentro das redes de parentesco e vizinhança ou mesmo denunciá-los na delegacia, no fórum, na Secretaria Municipal de Saúde, assumindo um papel moral e mediador. *Puxar* serve para observar sinais de “risco” – tanto o significado

local de risco (que envolve, também, o risco social no caso de violência doméstica, falência financeira, renúncia da maternidade etc.), quanto o significado biomédico de risco (e.g. sangramentos, inchaço, gravidez gemelar) que as parteiras aprendiam em seus cursos de treinamento e no trânsito pelos espaços institucionalizados *da frente*.

A *puxação* pode ser considerada mais uma lição de “embodied knowledge”, termo cunhado por Brigitte Jordan, antropóloga que estudou parteiras no México. Quer dizer, bem ao estilo das “técnicas corporais” de Marcel Mauss (1974[1923-24]), Jordan explica que “embodied knowledge” “envolve a habilidade de fazer, ao invés da habilidade de falar sobre alguma coisa” (1989: 933). Assim, pelo fato da parteira ser acompanhada pela sua neta ou filha ou ser observada por jovens parentes da paciente, a *puxação* seria uma prática corporal didática ao contribuir à formação de novos quadros. É bem provável que esta prática seja menos valorizada pelos profissionais de saúde que tendem a valorizar o conhecimento registrado e reproduzido pela escrita e pelo discurso. O que desejo ressaltar aqui é que atentar para a *puxação* pode servir para conhecer a lógica epistemológica do ofício destas parteiras.

Assim, por um lado, a *puxação* continua a ser amplamente empregada, mesmo que seus efeitos tenham sido condenados pela biomedicina. E, por outro lado, esta prática desafia um certo senso comum que vem anunciando a “extinção” das parteiras (como discuti na Introdução). A *puxação* torna-se uma prática fundamental *justamente* nos contextos mais complicados e arriscados porque, como visto anteriormente no caso da gestação gemelar, parteiras experientes e sensíveis como D. Dorca conseguem prever e remediar problemas, sobretudo em lugares como Melgaço, onde infraestrutura, profissionais especializados e transporte não são os itens mais disponíveis. E mesmo que discretamente menos presentes nos partos (segundo as estatísticas encontradas nos livros do cartório local, como veremos em maior detalhe adiante, no Capítulo 4), tendo a pensar que estas parteiras marajoaras manterão por muito tempo o seu *status* local e continuarão a ser acionadas *justamente* pelos vários significados que manipulam e, mais importante, ordenam ao zelar pelas mulheres e *puxar* suas barrigas.

• C A P Í T U L O T R Ê S •

DO CHAMADO AO CONTRATO: Transformações sobre a reciprocidade entre parteiras, *buchudas* e seus maridos

Uma dimensão bastante relevante para as 22 parteiras de Melgaço era o pagamento em espécie, produtos ou serviços pelo seu trabalho de partejar. Seu serviço era escolhido, *contratado* e retribuído pelos maridos das mulheres que elas atendiam. Esse quadro ainda guardava alguma semelhança com o que vivenciaram no interior, onde a maioria delas morava há algumas décadas atrás, quando se iniciaram neste ofício. Mas algumas mudanças se anunciavam: na cidade, ofereciam *trabalho* e não somente *ajuda*; atendiam *clientes*; passaram, cada vez mais, a cobrar e serem pagas em dinheiro; e levavam mais *lobas*, como chamavam os calotes. Neste capítulo, parto do pressuposto de que as parteiras ofereciam, ao atender demandas obstétricas e ginecológicas, uma *dádiva* no sentido maussiano geralmente mediada, entre outros aspectos, pelo seu contato mais estreito com esferas que podem ser tidas, provisoriamente, como o divino, o sobrenatural, o mágico. Em reação ao atendimento, elas recebiam contra-dádivas das pacientes, de seus maridos e famílias. Estas trocas são fundamentais para consolidar laços sociais num igarapé de um rio ou num quarteirão da cidade e para manter estas parteiras em termos de sobrevivência material e simbólica.

Primeiro, tomarei algumas lições do clássico francês Marcel Mauss e da socióloga argentina Viviana Zelizer para pensar como o trabalho do partejar está inserido em um leque mais amplo de trocas e para apresentar como D. Dorca e suas colegas se tornaram parteiras. Em seguida, conheceremos os termos da

reciprocidade entre parteiras, *buchudas* e suas famílias, há alguns anos, quando eram *chamadas* a atender, e hoje em dia, migrantes já instaladas na cidade, quando cada vez mais são *contratadas* para assistir aos partos. Quer dizer, as especificidades de cada contexto, o interior ou a sede urbana do município, nos revelam como o acento está nas relações entre parteiras, *buchudas* e seus maridos e, só a partir daí, há a produção de sentido. Por fim, discuti-rei algumas decorrências do novo cenário onde estão resituando sua prática e ressemantizando as trocas que são empreendidas a partir do partejar. Com isso, espero revelar como a atuação das parteiras pode ser uma oportunidade interessante para pensarmos sobre as mudanças que essas pessoas vêm vivenciando em termos de relações de trabalho, gênero, coletividade e saúde.

1. Primeiros conselhos sobre a reciprocidade

Em seu célebre *Ensaio sobre a dádiva* (1974[1923-24]), doravante *Ensaio*, Marcel Mauss tratou, posto ligeiramente, das “trocas de bens, riquezas ou produtos” (*ibid*: 44). A ampla compilação etnográfica feita por Mauss compreendeu dados da Polinésia, Melanésia e Noroeste Americano. Em todos esses grupos, o autor notou que os etnógrafos encontraram sistemas complexos de trocas, como o *potlatch*, o *kula*, ou os “presentes contratuais” em Samoa, que tomarei como exemplo para reconstruir o argumento do autor e notar como pode servir para pensarmos nas trocas entre parteiras e seus *clientes* em Melgaço. Em todos esses lugares, eram “coletividades” – tribos, metades, fratrias – que cambiavam, mesmo que fosse na figura de um chefe, um tio materno ou qualquer outro membro individual.

O autor francês explica que, em Samoa, era obrigatório oferecer estes “presentes contratuais” em circunstâncias como “casamento [...], nascimento da criança, circuncisão, enfermidade, puberdade da jovem, ritos funerários, comércio” (*ibid*: 49). Em Samoa, a família materna de uma criança que nasce oferece à sua família paterna o *tonga*, isto é,

tudo aquilo que é propriedade propriamente dita, tudo aquilo que torna alguém rico, poderoso e influente, tudo aquilo que pode ser trocado, objeto de compensação. São, exclusivamente, os tesouros, os talismãs, os brasões, as esteiras e ídolos sagrados, às vezes, as próprias tradições, cultos e rituais mágicos. Reencontramos aqui esta noção de *propriedade-talismã* [...] (*ibid*: 52, ênfase minha).

Estes itens eram intercambiáveis porque dotados de características especiais, repletas de honra, autoridade e prestígio da família remetente, qualidade denominada como *mana* pelos Maoris e adotada por Mauss para justificar, por um lado, por que estes itens (e não outros dentre uma gama de possibilidades) eram oferecidos e, por outro lado, por que essa oferenda demandava uma retribuição compulsória. Escolhiam estes objetos e/ou saberes para serem oferecidos justamente pelo seu potencial de “veicular seu *mana*” (*ibid*: 53).

O *tonga* é passado adiante. Contudo, por concentrar tanto *mana* do grupo é que se oferece o *hau*, uma “força” tão concentrada no objeto doado que deve retornar a quem o ofereceu:

Os *taonga* e todas as propriedades rigorosamente ditas pessoais têm um *hau*, um poder espiritual. Você me dá uma delas, eu a dou a um terceiro; este a retribui com uma outra porque é impelido pelo *hau* de meu presente; e, quanto a mim, sou obrigado a dar-lhe esta coisa, pois é preciso que eu lhe devolva aquilo que, na verdade, é o produto do *hau* de seu *taonga*. Interpretada assim, a ideia não somente fica clara, como aparece como uma das ideias-chave do direito maori. O que, no presente recebido e trocado, cria uma obrigação, é o fato de que a coisa recebida não é inerte. Mesmo abandonada pelo doador, ela ainda é algo dele. Por meio dela, o doador tem uma ascendência sobre o beneficiário. [...] Pois o *tonga* é animado pelo *hau* de sua floresta, de seu território, de seu solo; é verdadeiramente “nativo”: o *hau* persegue todo detentor. [...] No fundo, é o *hau* que quer regressar ao local de nascimento, ao santuário da floresta e do clã e ao proprietário. E o *taonga* ou seu *hau* [...]

que se liga a esta série de usuários, até que estes retribuam com seus próprios *taonga*, suas propriedades, seu trabalho ou comércio por meio de banquetes, festas e presentes, um valor equivalente ou superior, que, por sua vez, dará aos doadores autoridade e poder sobre o primeiro doador, transformando em último donatário. Eis aqui a ideia-chave que parece presidir, em Samoa e na Nova Zelândia, à circulação obrigatória de riquezas, tributos e dádivas (*ibid*: 54-56).

Se é repleto de *hau*, aquilo doado também contempla parte do doador e é justamente essa contiguidade que exige que o *hau* seja retornado. O *tonga*, ou qualquer bem, tesouro, ritual ou tradição, deve voltar para que o doador fique novamente completo; para que o *mana* de seu clã esteja pleno e, mais importante, confirmado.

Algumas pesquisas sugerem que as parteiras participam exclusivamente de um sistema de *dom*, isto é, oferecem *caridade* e, em troca, recebem agradecimentos, reverências e *agrados*, conforme a disponibilidade do beneficiário. Em geral, o argumento segue, por exemplo, o que Chamilco notou junto a 13 parteiras do município de Santana, no Amapá:

Na maioria das vezes, a atividade das parteiras não tem retribuição pecuniária, nelas o que ressalta é o puro exercício da solidariedade humana, despojada de interesses e recompensa materiais (2001: 108).

Afirmou-se várias vezes que elas não esperam “um valor monetário atribuído ao resultado ou produto do seu trabalho” (Bessa, 1997: 105). E, quando há, a recompensa vem como comida, produtos manufaturados ou produção agrícola (Barroso, 2001: 131). Já outro grupo de pesquisas, geralmente realizadas em espaço urbano, encontrou parteiras recebendo retribuições mais formais pelos partos atendidos, também em dinheiro (Peireira, 1993; Freitas, 1997; Silva, 2004).

Parece haver dois aspectos comuns a ambas as abordagens. Primeiro, representa-se o trabalho das parteiras como pertencente à esfera do sagrado.

A parteira executa um papel que apresenta um ritual bastante complexo, entremeadado de elementos místicos, religiosos e mágicos, onde sua atuação imprime um valor altamente carismático e missionário, do qual compartilha tanto a comunidade, como ela própria, reforçando e dando a dimensão exata de sua condição sagrada. [...] Ela] presta seus serviços sem esta contrapartida [quantificada previamente]. Na concepção da parteira, realizar um parto pressupõe uma missão para com a vida (Bessa, 108: 106).

Para estes dois grupos de pesquisas, parece que a explicitação da retribuição, monetária ou não, tenderia a macular a dimensão sagrada do trabalho das parteiras e, necessariamente, o extinguiria dos valores de solidariedade e afeto que tradicionalmente o identificam.

A influência das relações econômicas travadas na sociedade global se faz sentir sobre a relação parteira-cliente, criando uma situação que é vivenciada como um afastamento não só do sagrado, mas também das pessoas, cujas relações mediadas pelo dinheiro são identificadas como parcas em solidariedade (Pereira, 1993: 235).

Essas autoras supõem haver uma incompatibilidade entre o partejar e uma retribuição mais material, sobretudo a pecuniária.

E o segundo aspecto comum nestas abordagens é que um sistema de dádiva e contra-dádiva mais formalizado é geralmente tomado como sinal de mudança, rumo a uma organização interna mais individualista, impessoal e comercial. Estas inovações são interpretadas negativamente pelas pesquisadoras, como ameaças fatais à continuidade do que consideram como o “autêntico” partejar.

Sugiro que tanto os meus dados quanto os próprios dados dessas autoras indicam caminhos alternativos a essa interpretação dicotômica. Além de algumas das entrevistadas destas pesquisas receberem retribuições quantificáveis, havia expectativa disso no caso daquelas que nada recebiam pelo trabalho, como lembrou uma parteira entrevistada por Bessa na Bahia:

Eu não cobro um pagamento, e nunca me pagaram. Eu não tenho diploma mesmo. Estou dando essa ajuda, quando me dão alguma mercadoria, eu recebo, mas eu achava que a gente deveria receber um pouquinho (1997: 107).

Aquí, a autora concluiu que estas mulheres não se sentiam desvalorizadas, se resignam com o que recebem, apesar de acharem aquém do que merecem (*ibid*). E, com base nos dados discutidos nesse capítulo, pleiteio, no intuito de dar um passo à frente, que seja preciso conhecer um pouco melhor os termos de reciprocidade entre parteiras, pacientes e suas famílias para compreender o lugar das dádivas e contra-dádivas, inclusive quando dinheiro estava envolvido.

Viviana Zelizer, socióloga argentina radicada nos EUA, pode nos ajudar aqui. Trabalhando com transações econômicas como relevante mote de análise, ela tem observado que:

As preocupações sobre incompatibilidade, incomensurabilidade ou contradição entre as relações íntimas e impessoais seguem uma tradição antiga e persistente. Desde o século XIX, analistas sociais têm assumido repetidamente que o mundo social se organiza ao redor de princípios concorrentes e incompatíveis: *Gemeinschaft* e *Gesellschaft*, atribuição e conquista, sentimento e racionalidade, solidariedade e interesse próprio. A mistura dos mesmos, diz a teoria, contamina ambos: a invasão do mundo sentimental pelo instrumental racional dissecou este mundo, enquanto que a introdução de sentimento nas transações racionais produz ineficiência, favoritismo, nepotismo e outras formas de corrupção. [...] Explícita ou implicitamente, a maioria dos analistas das relações sociais íntimas se juntam às pessoas comuns ao assumir que a entrada dos meios instrumentais, como a monetarização e a contabilidade de custos, nos mundos do cuidado, amizade, sexualidade e nas relações pai-filho lhes desproveem de sua riqueza e assim estas zonas de intimidade só prosperam se as pessoas erguerem barreiras efetivas ao seu redor. Por isso, emerge uma vi-

são dos *Mundos Hostis* como domínios apropriadamente segregados, dos quais a administração sanitária requer fronteiras bem mantidas (2005: 289 e 292, ênfase dela).

A meu ver, os estudos sobre parteiras, que aqui discuto, tendem a seguir esta abordagem dos *Mundos Hostis* e, ao incompatibilizar solidariedade e autointeresse na prática das parteiras, sua principal decorrência é, por um lado, a sacralização da atividade e, por outro, o paternalismo a respeito das personagens. Contudo, pelo que poderemos notar ao longo desse capítulo, elas percebiam com lucidez as mudanças que sua prática e comunidade vinham enfrentando e, com muitas estratégias e criatividade, tentavam manter seu ganha-pão e sua identidade profissional, ao mesmo tempo. Além disso, por mais que o partejar estivesse sendo mediado por “novidades” como *contrato*, dinheiro, parcelas, cronograma de tarefas, *acertos*, cobranças, por exemplo, as pacientes, sua saúde e seus bebês permaneciam como foco condutor do serviço oferecido pelas parteiras. Era essa *relação*, entre a mulher e sua atendente, que sustentava qualquer iniciativa. E Zelizer nos propõe um caminho correlato – a análise das *Pontes (Bridges)*: “Nós podemos ligar a lacuna analítica entre intimidade e impessoalidade ao reconhecer a existência de laços diferenciados que cortam através de cenários sociais particulares” (2005: 292).

Neste capítulo, pretendo, portanto, discutir a marca dos *Mundos Hostis* que a literatura tem cristalizado quando a reciprocidade implica valores morais e, ao mesmo tempo, econômicos, sobretudo quando parteiras e seus clientes são a tônica da discussão. Julgo que meus dados podem ajudar a sustentar que a forma como as parteiras interagem com as parturientes e suas famílias complexifica esse cenário. E acredito que a forma de entrada no ofício, os cursos e as configurações domésticas de conjugalidade observadas em Melgaço muito podem nos ajudar a compreender os novos termos da reciprocidade que estavam em franca negociação durante a minha pesquisa.

2. Como D. Dorca e suas colegas se tornavam parteiras

No jirau, na cozinha, no banco à frente do poço da casa de D. Dorca, ficávamos sabendo diariamente quem estava *buchuda*, quem estava *com dor* (sentia contrações), quem tinha sido levada até a unidade de saúde, quem estava *quarentando*, quem tinha *perdido* ou *dado* seu bebê etc. Apesar de os eventos reprodutivos serem conhecidos e comentados com frequência e liberdade, nem toda moça tinha acesso à barriga de uma grávida, a um parto, à amamentação. Nem toda menina virava parteira.

Várias pesquisas já descreveram as principais lógicas iniciáticas das parteiras amazônicas (Pereira, 1993: 87-101; Freitas, 1997: 61-62; Bessa, 1997: 104; Barroso, 2001: 91-93; Chamilo, 2001; Silva, 2004: 115-116; Pinto, 2004: 180-183). Pereira, por exemplo, entrevistando parteiras na periferia de Manaus, explica que, para uma mulher se tornar parteira, é preciso ter “chorado na barriga da mãe”, como lhe explicou uma informante: “Criança que chora na barriga da mãe vai ser adivinhona, é quem sabe das coisas que vão acontecer; sabe sem ninguém ensinar, vai ter força de ajudar os outros” (1993: 89). Outra forma encontrada é o “aprendizado por revelação em sonho”, também registrada pela antropóloga:

Teve uma vez que eu estava muito fraca, muito doente. [...] Aí eu sonhei com uma mulher muito bonita, era Nossa Senhora; ela me levou num caminho e ia me mostrando as plantas que serviam para curar as doenças. Foi aí que eu descobri que tinha dom de curar (*ibid*: 90).

A autora argumenta que o “choro” e o “sonho” são “pata-mares de descoberta e exploração de seu *dom* na construção do caminho como agente de cura” (*ibid*: 91, ênfase minha). Depois, acontece o “primeiro parto [que] costuma ser o marco inicial da construção da carreira de parteira” (*ibid*: 93). Quer dizer, o “sonho”, o “choro”, a aparição de mentores sobrenaturais, como Nossa Senhora, são

potencialidades [que] permanecem numa espécie de latência, até que a necessidade concreta de uma mulher “em aperto” (em geral, alguém do círculo de parentes), na ausência da parteira habilitada, provoca a intervenção da iniciante, demarcando o início de um reconhecimento que deixa de ser potencial, para se tornar factual (*ibid.*: 93).

Não encontrei, entre as parteiras de Melgaço, relatos de “choro” ou “sonho”. Encontrei duas principais formas de entrar no ofício: aprender sozinha e aprender com a ajuda de outrem. Vejamos a primeira forma. A experiência prática da parteira deriva de um primeiro parto iniciático, atendido na família ou vizinhança ou mesmo o parto de seu primogênito (Barroso, 2001: 90). A parteira D. Maria José, que conheci em Breves, ilustra este primeiro ponto:

A primeira que atendi foi da minha irmã. [... Foi] de emergência. Eu nunca tinha feito isso antes. Na hora, não tinha quem assistisse. [... Eu] não sabia de nada. Eu me criei sem mãe, então não tinha quem me orientasse. [...] Esse parto foi há 10 anos, foi meu primeiro.

Muitas mulheres, como também mostrou Barroso em sua pesquisa com parteiras no interior do Amapá (2001: 88), tiveram seus filhos sozinhas, enquanto o marido ia buscar a parteira, enquanto a parentela feminina não voltava para casa da lida agrícola. Aprendia-se por certo com esta experiência pessoal. Parir sozinha ou atender sozinha são faces da mesma moeda: o aprendizado pelo autodidatismo.

A segunda forma de começar a partejar é pelo ensinamento externo. O saber é *herdado* de outra parteira mais velha e experiente (em geral, da família). Algumas moças, em tenra idade, eram levadas pelas mães, tias ou avós parteiras como ajudantes, outras apenas observavam, direta ou indiretamente, a atuação dessa parenta quando uma paciente as procurava (Cf. Barroso, 2001: 89; Freitas, 1997: 61; Pereira, 1993: 95; Silva, 2004: 121). Assim, por contar com parteiras em seu cotidiano doméstico,

essa menina vai sendo socializada em matéria obstétrica, mesmo que não tenha explicitado – na forma de choro, sonho ou revelação divina – seu desejo por se tornar parteira:

Minha avó era parteira. Ela tinha muita experiência e eu ia escutando ela conversar com as amigas. Aparecia uma gestante aperreada. Eu ficava com ela enquanto iam chamar a parteira. Quando a parteira chegava, a mulher já tava com o filho no braço. É dom isso, sabe. [...] Eu não tive estudo. O meu estudo é da natureza. Eu toco a mãe e entendo como está a criança. (D. Maria Rosa, parteira de Breves)

Não sei se foi um dom ou se saiu para mim. O primeiro bebê que eu peguei foi há 12 anos. Deu a dor numa cunhada minha e a outra parteira não tava lá. Meu irmão foi me chamar. Eu já morava [no rio] Tajapurú. Eu aprendi com as parteiras que iam me atendendo. (D. Ester, parteira católica)

Eu sou do interior. Vim pra cá há 19 anos. Lá, eu não parava em casa. Era um parto atrás do outro. Era parto pra um lado, parto para o outro. Meu marido não gostava muito disso, não. [...] Foi um dom que Deus me deu. Só deu para mim, mais ninguém na minha família faz. Eu nunca tive medo e nunca teve perigo. (D. Venina, parteira de Breves)

O que me parece saltar desses dados é que havia duas formas de entrar no ofício: *não ser ensinada* e *ter o caminho mostrado*. Quer dizer, pelo *parto no susto*, a parteira iria descobrir sozinha como trabalhar, como no caso de Maria José, que não tinha mãe e não teve ninguém que lhe orientasse. Pela *herança*, alguém iria lhe indicar como fazer, como D. Maria Rosa, que escutava os atendimentos da avó, D. Ester, que aprendeu com as parteiras que lhe atenderam os partos, e D. Venina, que contou com Deus. Havia um mérito especial em *não ser ensinada*, no aprendizado independente, mas também valorizavam participar de uma renomada linhagem feminina ou serem *escolhidas* por Deus.

Vejamos em maior detalhe como se configura *ter o caminho mostrado*, particularmente na forma do *dom* (Freitas, 1997: 33; Silva, 2004: 151), tão comentado entre as parteiras da minha e de outras pesquisas [tido como *missão* por Barroso (2001: 89), ou *saber* sobre a parturição por Freitas (1997: 62)]. Segundo Barroso, que entrevistou parteiras em municípios do Amapá,

dom e vocação não são vistos pelas parteiras como algo imposto, mas sim como natural, nascendo com a pessoa. Mesmo aquelas que dizem terem herdado a prática da mãe ou avó, acreditam que se não tivessem vocação não teriam seguido o ofício que é na verdade uma “missão” (2001: 91).

O *dom* é tido como inato; enquanto que a *herança* é adquirida posterior e externamente, bem como o *estudo*, como lembrou D. Maria Rosa anteriormente, o aprendizado escolar. Aos *cursos e treinamentos*, que chegavam à cidade ou que eram oferecidos na redondeza e para os quais as parteiras eram convidadas a participar, se denominava *treinamento da terra*. (O Capítulo 5 detalhará esta realidade, tão presente, dos *cursos*).

O *dom* pode se manifestar no choro, num sonho, diante de um parto inesperado e o importante é que tenha sido transmitido pela via divina ou sobrenatural. Segundo Barroso, suas entrevistadas com esse *dom* entendem “que assistir ao nascimento é uma função sagrada” (*ibid*: 93). O importante é que estas mulheres parecem ter sido “naturalmente” escolhidas para receber essa vocação e ter a oportunidade de desenvolvê-la na companhia de mulheres mais experientes, partos desafiadores, parturientes em perigo. O *dom*, “frequentemente total, global e incontestável, não é, via de regra, adquirido, mas inato ou, mais exatamente, *conferido*” (Silva, 2004: 151, ênfase minha).

Assim, para uma parteira, fundamental para se estar apta a *ajudar* as outras mulheres era possuir em sua biografia pessoal algum traço de distinção – seja por nascer numa família de parteiras, seja por ter chorado na barriga da mãe por obter êxito num parto difícil e inesperado ou, sobretudo, por ter sido

tocada pelo dedo sagrado de Deus. Como D. Maria Rosa depois me lembrou, mesmo que muitas mulheres atendam *partos na emergência*, só algumas têm sucesso:

Tem umas parteiras que atendem e a mulher fica doente. Tem parteira que só se preocupa com a criança. Elas têm medo de tocar na mãe e provocar uma hemorragia. [...] Eu toco a mãe e entendo como está a criança.

De forma geral, essa qualidade especial e os partos atendidos com sucesso são aspectos que garantem à parteira o reconhecimento público de sua autoridade técnica.

As parteiras alegavam que haviam recebido seu *dom* pelo que denominavam de treinamento de Deus.³⁶ Muito jovens, manifestaram uma facilidade para atender casos ginecológicos e obstétricos. Entre as parteiras da pesquisa de Pereira, ter sido um feto chorão ou ter sonhado com uma figura instrutora era indício dessa facilidade. Mas em Melgaço, ao ajudarem suas mães ou avós, também parteiras, as mulheres demonstravam familiaridade, naturalidade, aptidão para o trabalho e, então, o *dom* era percebido: a família notava que a menina havia sido *tocada por Deus* em algum momento anterior. Havia um caráter inato desse *dom*, como D. Maria Rosa lembrou acima, *meu estudo é da natureza*. Mas também, como pontuou Pereira, esta é

uma condição socialmente outorgada, na medida em que seu reconhecimento se dá através de um membro mais velho ou mais experiente do grupo, capaz de identificar o indivíduo especial [...] e preparar, desse modo, as condições para uma socialização diferenciada (1993: 90).

Algumas vezes, a própria parturiente, atendida às pressas por essa novata, percebia a capacidade de partejar desta última, lhe ensinava algumas primeiras lições práticas, e ajudava a espalhar o rumor

³⁶ Para um pouco mais de discussão sobre a diferença entre *treinamentos de terra* e *treinamentos de Deus*, ver Fleischer (2006a).

sobre esse potencial a ser desenvolvido. A meu ver, o que mais importava não era o momento nem a forma com que o *treinamento de Deus* havia se dado, mas que o *dom* existia e se manifestava eficientemente frente aos *aperreios* de grávidas e parturientes.

Importante lembrar que estas “especialistas da cura [...] recebem um duplo eixo de influência, o da pajelança e o da religiosidade católica popular” (Pereira, 1993: 88; Cf. Figueiredo, 2003). Pelo que pude perceber em Melgaço, mais parteiras católicas tendiam a identificar o *dom* como principal motivador de sua atuação e competência (Cf. Silva, 2004: 116). As evangélicas, como D. Dorca, diziam ter recebido sua *expertise* como *herança* de outra parteira famosa na família ou aprendido com *partos no susto*. Mas, menos expressivamente, também encontrei o contrário, católicas que lembravam de uma mãe tutora e evangélicas que se iniciaram assim que seu *dom* foi percebido. Silva, em sua pesquisa nas redondezas de Porto Velho, RO, lembra que

quando perguntamos a um grupo de mulheres evangélicas sobre o *dom*, elas apenas não reconhecem o ‘dom’ e não atribuem a nenhuma divindade, apenas dizem que elas ‘sabem fazer parto sem nunca ter feito nenhum curso (2004: 118).

Bom lembrar também que muitas das parteiras que à época da pesquisa frequentavam igrejas como Deus é Amor e Assembleia de Deus, por exemplo, já tinham passado longo período pelo catolicismo. Talvez, nessa fase anterior, o *dom* fosse mais enfatizado e, agora, a *herança* ou o *parto no susto* fosse privilegiado em suas narrativas pessoais. Além disso, mesmo sendo o *dom* mais frequentemente alegado pelas parteiras católicas que conheci na região, Deus era uma presença constante no trabalho do grupo como um todo. A presença sobrenatural era sempre invocada, por parteiras católicas e evangélicas, na forma de orações (especialmente nos momentos mais críticos do trabalho), de explicações para a iniciação do ofício ou como última chance de retribuição ao trabalho realizado, como lembrou a parteira católica D. Jita: “Quando a gente não recebe nada, é Deus que paga a gente”.

Percebo, então, como *ter o caminho mostrado* (na forma do *dom*) e *não ser ensinada/nunca ter feito nenhum curso* eram duas formas iniciáticas que conferiam *mérito individual* à parteira. Na primeira forma, ela era escolhida, era especial. Este aspecto ficou claro no depoimento de D. Venina: “Foi um dom que Deus me deu. Só deu para mim, mais ninguém na minha família faz”. Na segunda forma, ela foi capaz de se tornar uma autodidata competente, como D. Maria José disse anteriormente: “Eu nunca tinha feito isso antes. Na hora, não tinha quem assistisse. [...] Eu não sabia de nada. Eu me criei sem mãe, então não tinha quem me orientasse”. Um “poder espiritual” e uma “propriedade rigorosamente dita pessoal”, ou seja, duas formas em que estas parteiras manifestavam ter o *hau* em termos maussianos.

Três ressalvas devem ser feitas. Primeiro, diferente do que Pereira relatou sobre as parteiras de Manaus, notei que nem sempre uma *única* lógica iniciática explicava o envolvimento com esse trabalho e nem necessariamente as lógicas seguiam a ordem linear choro/sonho/parto iniciático. Por vezes, um primeiro *parto no susto* era realizado e então a mãe dessa moça, também parteira, começava a lhe considerar tanto como companhia nos atendimentos seguintes quanto como provável sucessora. Ou, então, é justamente nesse primeiro parto que a neófita ouvia os ensinamentos que lhe estavam sendo dirigidos por Deus.

Segundo, mesmo que o *dom divino* seja uma das marcas iniciáticas mais significativas entre as parteiras da Amazônia como um todo, gostaria de considerar o *dom* como *mais uma das formas* em que a vocação para o partejar se manifestava.

A primeira criança que eu peguei foi o da minha filha. Ela tinha 14 anos na época. Ninguém me ensinou. Só Deus. Eu não me lembro direito, mas acho que eu tinha uns 30 anos de idade. A minha mãe e a minha sogra também eram parteiras. [...] Eu aprendi sozinha. Quando peguei o primeiro, tinha medo. Mas Deus me tocou o coração e veio a coragem. (D. Delfina)

O mais comum, na verdade, era uma sobreposição de explicações, como ficou claro nesse depoimento de D. Delfina. *Aprender sozinha* com um *parto de emergência*, *herdar* o ofício de uma mãe parteira, ficar conhecida por um parto difícil realizado sem mortes e ter recebido o *dom* poderiam ser várias das explicações alegadas por minhas informantes para seu trabalho e seu estabelecimento no cenário obstétrico não oficial de Melgaço. Um passo à frente do que a literatura tem apontado, estas parteiras mantinham em aberto o leque explicativo de sua iniciação e, conforme o interlocutor e o drama enfrentado, elas acionavam os elementos que lhes fossem mais estratégicos.

Terceiro, a epistemologia iniciática não era só uma fonte de distinção. Quem havia recebido o *dom* ou sido exposta aos ensinamentos de uma mãe experiente não podia negar atendimento. Era preciso passar adiante esse *dom* ou *herança* com que fora brindada, essa espécie de “propriedade-talismã”, como chamou Mauss. Pereira explica que, no primeiro caso:

O *dom* é inegavelmente um privilégio, um elemento distintivo que confere poder, mas é também vivenciado como uma obrigação, um peso, uma responsabilidade da qual não se pode eximir. A posse da força mágica chega mesmo às raias da imposição, e se por um lado confere prestígio, por outro demanda em esforços e obrigações que não são solicitadas às mulheres comuns (1993: 99).

Conforme a ideia de *dádiva* de Mauss, que empreendi na seção anterior, pleiteio que exista mecanismo semelhante em Melgaço: ter uma vocação para partejar (seja pelo fato de ter sido tocada por Deus com o *dom*, seja porque se aprendeu na família ou se acumulou *partos no susto* de sucesso) era a principal condição que impelia ao oferecimento desta especialidade, sobretudo em momentos de *aperreio*. Dada a importância conferida à *herança*, arrisco dizer também que muitas destas parteiras provinham de famílias com algum tipo específico de *mana* ligado ao partejar. Descendiam de uma linhagem de bisavós, avós, tias e mães parteiras conhecidas por resolverem casos compli-

cados. E, por isso, dentre tantas outras mulheres que também estavam aptas para ajudar gestantes e parturientes – dada a familiaridade generalizada com assuntos gineco-obstétricos –, estas parteiras ofereciam um diferencial: um trabalho repleto de *dom* ou *herança* ou, nas palavras de Mauss, repleto de *hau*, que devia ser passado adiante.

As parteiras ofereciam seu trabalho às gestantes, mas, como veremos abaixo em maior detalhe, eram os maridos destas *buchudas* que haviam *chamado* ou *contratado* estas parteiras e, também eles, que deviam lhes retribuir. A vocação dessa parteira precisava ser recebida, reconhecida e devolvida por esse marido para que ela pudesse continuar seus atendimentos. “No fundo, é o *hau* que quer regressar ao local de nascimento, ao santuário da floresta e do clã e ao proprietário” (Mauss 1974[1923-24]: 54): voltando à parteira na forma de um par de galinhas, uma roça coivarada ou R\$60,00 seu *dom* se alojava simbólica e novamente na linhagem de parteiras que ela representava e honrava. O *hau* retornava para confirmar o *mana* daquela parteira e, por extensão, daquela família. E, a cada vez que deixava de ser paga, era como se um pouco de seu *hau* ficasse para trás e seu renome como parteira fosse levemente abalado. Não retribuir depois de um parto era reter esse *hau* para si, era deixar de reconhecer que o *hau* pertencia à parteira, que lhe fora dado por uma avó famosa, por um *parto na precisão* ou por uma força muito maior do que todos ali envolvidos, por Deus.

3. Chamadas a ajudar: O trabalho das parteiras no interior do município de Melgaço

“Interior” era referido como o espaço onde se vivia antes de migrar para a sede urbana de Melgaço. Viviam em casas de madeira (semelhantes às que habitavam na cidade) que ficavam, porém, à beira do rio, facilitando o acesso, por exemplo, ao transporte, à pescaria, às notícias da região. Os hospitais e postos de saúde eram raros no interior. À época da pesquisa, existia

apenas um posto do Programa Saúde da Família no interior do município, com 45 agentes comunitários de saúde trabalhando de forma esparsa. Há algumas décadas, quando D. Dorca e suas vizinhas moravam no interior, a situação devia ser ainda mais incipiente em termos de uma infraestrutura oficial de saúde.

Quando se viaja de barco pela Amazônia, como outras etnografias na região já descreveram (e.g. Bessa, 1997; Silva, 2004: 118), é fácil observar como as moradias são espaçadas umas das outras e encontra-se uma próxima casa somente depois de vários minutos rio abaixo ou acima. Assim, se uma parente não estivesse presente, a mulher *com dor* pediria que o marido fosse de canoa até a casa de sua parteira de preferência ou da que estivesse mais próxima e disponível naquele igarapé, naquele furo de rio. O marido é o mais familiarizado com o rio, a mata e os *perigos* (chuva, cachoeiras, animais, *encantados* etc.) e tem a autoridade de escoltar uma outra mulher de volta até a casa do parto e, depois, a obrigação de lhe retribuir pelo serviço prestado. Na ausência do marido ou outro parente adulto, quando entra em trabalho de parto, uma mulher dificilmente teria como remar até a casa da parteira.

No interior, as possibilidades de ajuda eram, portanto, partir sozinha ou contar com uma mulher com ou sem experiência ou com a parteira da região. E, se houvesse um planejamento prévio, recurso guardado, desejo da mulher e consentimento do marido, era possível viajar até o centro urbano mais próximo e internar-se na unidade de saúde ou no hospital. Essa alternativa era cada vez menos remota atualmente, diferente dos anos em que D. Dorca viveu no interior. No entanto, uma parturiente interiorana mais pobre ainda não terá a gama de escolhas das mulheres morando na cidade.

Este quadro deixava a mulher e sua família ribeirinha com a mão de obra disponível, nem sempre competente, segundo me explicaram. É bom lembrar que uma ideia de *falta de escolha no interior* era, muitas vezes, esboçada depois que se havia migrado para a cidade e se ampliado o espectro dos serviços oferecidos. Passava-se, então, a pintar o interior como equivalente ao “retrógrado”, oposto ao “moderno”, inclusive em relação às parteiras que lá atuavam.

Muitas entrevistadas lembraram que no interior, quando um homem chegava *aperreado* na casa desta parteira, ela só tinha tempo de reunir uma muda de roupas e deixar um recado de sua partida. Embarcava e era transportada até a casa da paciente. Ela atendia o parto e passava de alguns dias até uma semana com essa puérpera (Cf. Bessa, 1997: 112; Barroso, 2001: 89; Silva, 2004: 147). Nesse período, ela ajudava nas tarefas que a paciente estava impossibilitada de assumir e acompanhava de perto a convalescença da mulher e seu bebê. Só então a parteira voltava para sua casa. Pelo fato de paciente e atendente viverem longe uma da outra, era impossível que esta última fosse e voltasse várias vezes para avaliar a recuperação da primeira.

A parteira do interior era simplesmente *chamada*. Muitas vezes, ficava sabendo de uma *buchuda* na região quando o marido desta última vinha lhe buscar para o atendimento. Sempre me repetiam que era impossível negar atendimento a este *parto na precisão*. E, sem um *contrato* (que, como veremos abaixo, é uma novidade urbana), dificilmente ela poderia negociar o serviço oferecido ou a retribuição esperada. Essa formalidade não era necessária porque, muito possivelmente, ela receberia um pouco de farinha, algum animal de criação, um bem industrializado (Cf. Barroso, 2001: 132). Até a própria criança poderia ser dada à parteira, caso a situação familiar da paciente não fosse favorável para criar o bebê e não houvesse como retribuir de outra forma. A parteira D. Dourada me contou, à época cada gestação de Silvana, caso analisado no Capítulo 2:

A menina Sil aí do lado tá de gêmeos. Se me dessem, eu pegava uma das meninas para criar. Aí, se eu tivesse atendido o parto, não precisava me pagar pelo serviço. O Pedro [marido da Silvana] ficou pensando. Eu tô passando manteiga nele ainda, quem sabe eles me dão.

Mesmo nos raros casos em que não era retribuída, ganhava pouso e alimento durante os dias que permanecia com a paciente. Dificilmente estas atendentes eram pagas em dinheiro, item escasso no interior, onde o escambo orientava costumeiramente as trocas.

As famílias dependiam da parteira desta região. Por isso, ela tinha uma obrigação absoluta e inegável de atender ao *chamado*, em *ajudar* e, além do mais, detinha o monopólio do partejar naquela localidade. Em razão de ambos os aspectos, na grande maioria dos partos atendidos, ela recebia alguma coisa em troca.

A forma como o trabalho das parteiras era valorizado nos esclarece sobre as relações econômicas do interior. Como geralmente contavam com um “pedaço de chão” (propriedade própria, alugada ou concedida como favor), estes ribeirinhos plantavam produtos de subsistência e, principalmente, faziam farinha de mandioca. Havia ainda a mata onde caçavam e tiravam produtos de extrativismo e tinham acesso ao rio onde havia peixe, bivalves, água para o abastecimento doméstico. Assim, em relação ao alimento, pelo menos, eram bastante autônomos. Pereira encontrou duas categorias importantes que ilustram como as necessidades de manutenção da família e da casa eram supridas. *O de comer*, geralmente a cargo das mulheres, é gerado a partir do

trabalho para a reprodução imediata do grupo doméstico, onde os elementos prioritários da produção são as subsistências [...] que [viam] como a atividade realmente importante no seu cotidiano (1993: 38).

Como também mostrou Motta-Maués (1993) nos arredores rurais de Vigia, na região nordeste do Pará, a carga das mulheres estava o cuidado das hortas (de verduras e plantas medicinais), dos pequenos animais e das roças de mandioca, apesar dos homens também trabalharem nessa última atividade (sobretudo na limpeza e no cercamento do terreno, no dia de mutirão para fabricar a farinha e na venda do excedente, quando por ventura houvesse). A segunda categoria, *o de vender*, atribuição masculina, seria “uma ‘produção mercantil simples’ de juta, malva, [seringa, castanha, madeira], culturas voltadas eminentemente para o mercado” (Pereira, 1993: 39), uma restrita produção trocada pelos homens no sistema itinerante do *regatão* ou no *barracão* do dono da terra onde a família habitava. Com *o de vender* traziam para casa alimento, roupas, redes e alguns bens manufaturados (sabão, sal, fósforos, açúcar etc.).

Quando *o de vender* rendesse muito pouco, a família não pa-deceria pelo fato de não contar com dinheiro, pois *o de comer* lhe sustentaria. Por isso, meus anfitriões repetiam tanto que *no interior era melhor*, afinal contavam com duas entradas, com *o de comer* e, em tempos de fartura, com *o de vender*. Assim, em troca de seu trabalho, as parteiras recebiam uma porção de *o de vender*, isto é, de farinha, bacaba ou peixe que havia sido separado para o escambo ou venda na região. (Era dessa forma também que se retribuía qualquer *ajuda* recebida – um mecânico que consertara o motor do barco da família, um pároco que escolhera sua casa para uma reza com o santo Miguel Arcanjo durante a procissão de setembro). Era o marido, principalmente, como responsável pelo sustento da casa e produtor do excedente, que oferecia à parteira alguma retribuição.

Julgo que, no interior, havia uma certa naturalização do trabalho e da retribuição à parteira. Como era um trabalho a ser realizado *na emergência*, muitas mulheres, mesmo sem experiência, poderiam ser *chamadas a ajudar*. Uma mulher que já fosse casada e tivesse filhos seria uma candidata em potencial para atender uma *buchuda com dor* e, com o tempo e com novos atendimentos de sucesso, possivelmente tornar-se-ia uma parteira conhecida. Por isso, tantas parteiras relatavam ter começado no *susto*, como vimos nos depoimentos da seção anterior. *Pegar* crianças era uma tarefa destinada idealmente às parteiras, mas, sobretudo no interior, não uma tarefa exclusivamente realizada por elas.

A retribuição também era naturalizada como uma contrapartida à *caridade*, à *ajuda* e ao *sacrifício* feito por uma mulher que, com certa idade, deixa sua casa, filhos, roça e animais no meio da noite e atravessa vários quilômetros de rio para estar com outra. Essa disponibilidade era reconhecida. O tipo e quantidade exatos de uma retribuição não eram previsíveis e partiam de forma espontânea do marido da parturiente. Quando essa contrapartida faltava, as parteiras do interior se ressentiam e, ao voltar para casa de mãos vazias, ainda tinham que enfrentar os próprios maridos que não apreciavam que viajassem sozinhas na companhia de outro homem ou que passassem vários dias longe de suas responsabilidades domésticas. Como lembrou D. Jita:

Meu esposo não gostava que eu fosse parteira porque só fazia serviço de graça, ele dizia. Eu sofria de reumatismo e não dava para comprar nem o remédio com o que eu ganhava. Ele reinava por isso. Eu ficava fora três dias e não ganhava nada com isso.

A retribuição, como veremos na cidade também, não era onipresente. Contudo, havia duas diferenças. Por um lado, no interior o escambo e, sobretudo, um sistema de crédito informal eram mais factíveis dada a estrutura pouco monetarizada que mediava as relações. Por outro lado, justamente em função desse sistema de crédito, os calotes eram geralmente temporários e não provocavam conflitos extremos ou irreversíveis. Ficar devendo a outra pessoa, a parteira no caso, era uma situação um pouco constrangedora, mas permitida e certamente passageira. A parteira poderia saber que a família da parturiente atravessava a mesma falta de chuvas que comprometia suas roças de mandioca e assim relevar momentaneamente a contraprestação; por sua vez, o marido da moça atendida poderia ter ouvido que o marido da parteira lhe abandonara e quitar um parto *pendurado* seria muito oportuno para esta última. Viviam semelhantes situações difíceis. As pessoas precisavam da ajuda mútua e continuada, especialmente em momentos críticos; atender uma mulher *com dor* era uma forma de a parteira obter, pelo menos, crédito a ser cobrado oportunamente.

4. A chegada à cidade: Mudança de contexto

Nessa região marajoara, sempre houve um trânsito intenso entre casas e povoados espalhados pelo interior e os centros urbanos de pequena escala, como Melgaço, média escala, como Breves e Portel, e as metrópoles, como Santarém, Belém, Macapá e Manaus. As cidades eram polos atrativos por conta de um comércio mais desenvolvido e diversificado, da burocracia (para registrar terras, filhos e bens, resolver conflitos fundiários e inventários familiares etc.), das formalidades religiosas (batismos, casamentos, velórios) etc. Mas especialmente nas últimas três décadas, os paraenses dessa região têm buscado com maior

intensidade os centros urbanos como fonte de emprego, moradia, educação e saúde (Cf. Baia, 2004). D. Dorca lembra:

Lá quando a gente morava no Anapu, os professores não davam aula. Iam numa aula e depois faltavam 10. E a saúde que era muito difícil de cuidar no interior... Tinha os remédios caseiros, a gente tirava as ervas da mata. Mas se alguém realmente precisasse, não tinha o recurso.

O fato de um parente ou conhecido ter conseguido se estabelecer na cidade era um motivo significativo para convencer outros membros da família a seguirem seu exemplo.

Deixaram, no interior, a terra e o acesso a grandes extensões de mata e rio. Na cidade, algumas pessoas conseguiram comprar ou alugar porções de terra agriculturável nos arredores urbanos, mas muito menores do que usavam antes. *O de comer* ficou mais limitado porque o “pedaço de chão” era insuficiente para alimentar toda a família e ainda gerar excedente para *o de vender*.³⁷ Além disso, havia pouca floresta onde praticar o extrativismo e a caça, e os quintais urbanos eram limitados para uma criação mais substancial de animais. Relatavam-me também que a proximidade de moradias intensificava práticas de roubos aos quintais e galinheiros, desestimulando sua manutenção.

As famílias tinham uma série de gastos que inexistiam no interior: conta de luz, água e, em alguns poucos casos, telefone; material e uniforme escolares; aluguel da casa e roça; gás de cozinha, transporte e bens como roupas, televisão, camas, batedor de açai etc. Além disso, era preciso ter uma quantidade mínima de dinheiro diariamente já que poucas casas contavam com geladeiras, e a *boia* precisava ser comprada, cozida e consumida no mesmo dia.³⁸ Havia

³⁷ Um exemplo do *de vender* que eu mais via em Melgaço era a farinha de mandioca. Uma lata do produto era vendida por R\$10,00 mas precisava de vários dias de trabalho integral para ser produzida (Ver Pinto, 2004: 123-133, e Pacheco, 1999).

³⁸ E não encontrei entre essas famílias a prática de salgar o peixe, como Motta-Maués notou na comunidade de pescadores de Vigia, no litoral atlântico do Pará (1993). Esta prática certamente deveria desonerar as donas de casa com a diária preocupação em preparar o principal prato da refeição e também em depender do dinheiro.

toda uma nova lógica de consumo, incluído aí o pagamento da parteira, como veremos a seguir. Além da monetarização e da inflação dos preços (Pereira, 1993: 43), impactos ambientais cumulativos também têm diminuído a oferta de matéria-prima para *o de comer* e *o de vender*, como me lembrou *seu* Plínio, dono do único restaurantezinho da cidade, onde eu às vezes almoçava:

Hoje não tem mais o açai, tiraram tudo, acabou. Tem que comprar. Vem de Macapá, Breves, Belém. Vem de fora. Hoje tá barato, porque tá na época, R\$1,00. Mas, fora de época, chega a R\$4,00 o litro. Ninguém se preocupou em replantar. E não é só isso, o peixe também tem escasseado. Tem que vender a farinha pra comprar o açai e comprar o peixe ou, o que é mais comum, o frango. Peixe encareceu muito porque não tem mais. O cará, que é um peixe grande, gostoso, bom pra trabalhar aqui no restaurante, sai por R\$5,00 o quilo. É muito caro. [...] Mas, para tirar a madeira na floresta, eles jogam veneno para não apodrecer a madeira. Aquilo vai entrando na água e os peixes vão morrendo.

Assim, até os itens básicos da alimentação da população – peixe, farinha e açai – dependiam *do real* e, para todos esses dispêndios, poucas vezes seria aceito o pagamento em produto ou serviço, como se estava acostumado no interior, como lembra D. Delfina:

Eu não me acostumo aqui na cidade. O dinheiro que a gente pega é só pra entregar pros outros e não sobra nada. Todo dia a gente tem que comprar comida. No interior, a gente pesca, caça e planta. Eu tenho é vontade de voltar pro interior.

Muitos homens tentavam continuar trabalhando dia após dia, em suas pequenas roças ou como *companheiros* em roças alheias (Pinto, 2004: 150), ganhando R\$15,00 como diária, para gerar farinha suficiente para alimentar e vestir a família. Outros passavam dias fora, como me explicou a paciente de D. Dorca, Cristine, em seu último mês de gravidez: “Meu marido foi para o interior caçar e pescar. Ele tá sem emprego, foi conseguir dinheiro pro filho”. Outros

se ausentavam semanas e até meses para tirar madeira, areia, seringa, palmito nos arredores de Melgaço. Na cidade, repetidamente, me diziam que *a única fonte de emprego era a prefeitura*. Como em muitas outras pequenas cidades do país e do Pará (Pinto, 2004: 113), o funcionalismo público, bem como a aposentadoria, era sinônimo de estabilidade e segurança. Poucos, como me explicavam, *tinham profissão* como carpinteiros, barbeiros, pedreiros, calafates. E alguns haviam abandonado a roça e os bicos para serem carreteiros, tirando R\$2,00 a R\$5,00 por carga levada do trapiche aos *mercantis* e casas locais.

Ao contrário dos homens, as mulheres mantinham seu lugar social com maior estabilidade na cidade. Elas continuavam zelando pela casa, pequenos animais e hortas e pela manutenção das plantações de mandioca. Como dito antes, os homens ajudavam na capina do terreno e nos mutirões de transformação do tubérculo em farinha (Pereira, 1993, Motta-Maués, 1993 e Pinto, 2004). A diferença agora na cidade era a rápida transformação do tubérculo em dinheiro, como lembra a jovem parteira Sabá, durante seu resguardo:

Não gosto de esperar em casa. Eu quero logo ir fazer a farinha e poder comprar a bóia. Vou quarentar e vou pra lá. Não gosto de depender de ninguém, nem de vizinhos. Gosto de ter se pedirem, eu dou. Se eu tenho, não escasseio. Se eu tenho, eu vendo, dou, faço o caramba.

D. Dorca e suas conhecidas encontraram também algumas novas fontes de renda monetárias na cidade. Nice, sua nora, foi trabalhar de empregada doméstica em casas *da frente*, um pouco mais abastadas, como muitas outras moças que eu conhecia. Outras se aventuravam em *casas de família* de outras cidades da região ou mesmo da capital (Pinto, 2004: 154-155). Algumas lavavam ou costuravam roupa, ofereciam *chope* nas ruas, revendiam bijuterias ou cosméticos. Poucas conseguiram uma vaga na prefeitura e nos *mercantis*. As mais velhas, como D. Dorca, por exemplo, tinham se aposentado como agricultoras e também, sob seu nome, mantinham os *benefícios* de seus filhos, netos e sobrinhos. Parece que, em comparação com seus companheiros, estas mulheres desenvolveram uma maior versatilidade na cidade: “Aqui é melhor porque no interior só tem

serviço de mato. Aqui, eu faço uma costura, eu trabalho, eu puxo uma barriga. Vou dando um jeito” (D. Iraíldes, parteira de Breves). Como figuras responsáveis pelos filhos e a roça e *ajudando* com algum dinheiro no orçamento doméstico, colaboravam significativamente com *o de comer*.

A migração parece ter exercido também um papel decisivo no redimensionamento das relações do grupo familiar. Ao lado dessas mulheres atuantes, a figura do pai parece crescer de importância após a migração; homem e mulher seguem trajetórias diferentes. Enquanto a mulher/parteira reconstrói mais ou menos rapidamente seu espaço social na cidade, mantendo-se como dona de casa, lavadeira, costureira, auxiliando nos cuidados com netos, mas principalmente retomando e até ampliando seu desempenho de parteira, o marido tem muita dificuldade em recompor seu papel produtivo. [Os] homens de mais de 50 anos se veem impossibilitados de obter colocação no mercado de trabalho, limitando-se a uma vida de “biscates”, situação de semi ou total dependência dos filhos (Pereira, 1993: 69).

Estas parteiras e suas famílias notavam as mudanças sobre o uso da terra, a produção da comida, o estabelecimento do casamento, a viabilização das trocas. Além da intensa monetarização que lhes chegava, seu trabalho também sofria importantes alterações das quais ora se beneficiavam, ora eram logradas, como veremos a seguir.

5. Os novos termos da reciprocidade: A parteira é escolhida e contratada

5.1 A “escolha” no contexto urbano: Abrindo o leque de possibilidades

Na cidade, bastante diferente das casas no interior, as pessoas moravam muito mais próximas umas das outras. Pelo

fato de, muitas vezes, terem migrado sob a influência de algum parente que aí conseguiu emprego e ascensão, era comum que, numa mesma rua, eu encontrasse várias casas avizinhas sendo ocupadas por parentes. A proximidade física e consanguínea lhes possibilitava uma intensificação da convivência e da ajuda mútua, aspectos importantes nos momentos de *aperreio*.

Além disso, no raio urbano, havia uma concentração muito maior de parteiras. Nos cerca de 2km², Melgaço contava com 22 *aparadeiras*. Então, na cidade, uma gestante e sua família tinham a chance de conhecer, avaliar e *escolher* entre as parteiras disponíveis, as outras mulheres de sua parentela e, além disso, o hospital na cidade e das cidades vizinhas. Não dependiam mais de uma única parteira que atendesse a todos os *chamados* de um igarapé. Um dos motivos para migrar, como visto anteriormente, era dispor de mais *recursos para a saúde*. A vantagem de ter mais alternativas era poder escolher o que se considerava como melhor dentre as mesmas. É bom lembrar que me refiro a “mais” e “menos” escolhas não para dizer que as pessoas no interior ponderavam menos sobre suas alternativas, mas para indicar que na cidade havia mais opções. Assim, a “escolha” se configurava de forma diferente nos dois contextos.

Apenas três destas 22 parteiras começaram suas atividades já na cidade. Todas as outras chegaram com seu *dom* já revelado ou, ao menos, experiência prática acumulada com uma tutora mais velha e o primeiro parto ritual. Estas credenciais se disseminavam geralmente com um primeiro parto atendido na cidade, como vimos no Capítulo 2, quando D. Dorca deu conta do *parto complicado* de sua filha Meriam. Até então desconhecida, esta parteira ganhou algum respaldo não só entre outras colegas e futuras pacientes, mas também com a enfermeira da época. Quando perguntei à D. Marina, outra parteira, como os cidadãos haviam ficado sabendo de seu ofício, me explicou: “A gente de lá veio morar aqui e falaram que eu era parteira”. E o fato de transitar muito pela cidade e rios para participarem de cursos é uma terceira forma de explicitar para muitos a associação daquela mulher com o partejar. Na cidade, seu renome

precisava ser consolidado novamente. A proximidade física e social na cidade tendia a contribuir para isso, como me explicou Nilda, filha de D. Dorca: “No interior, a gente fica sabendo das coisas mais devagar. Aqui, o boato é rápido, todo mundo escuta de noite e de dia todo mundo já tá sabendo”.

Como vimos na seção anterior, no interior, primeiro a mulher mais velha e, geralmente, a mais experiente da família tentava resolver a *dor* de uma parturiente. Se ela não estivesse disponível ou não tivesse êxito na tarefa, a parteira mais próxima era *chamada*. Na cidade, essa mesma priorização era seguida. Aí se escolhia a parteira, primeiro, pelos laços de parentesco e, segundo, de vizinhança. Depois, o estilo de atendimento (e.g., *deda* pouco, deixa o marido participar etc.) e o bom relacionamento entre a família da gestante e a da parteira também era levado em conta. O renome – que geralmente explicita a presença do *dom* ou da vocação – também era importante quando era preciso escolher: parteiras com sucesso em casos complicados (isto é, que nunca haviam perdido mulher), com coragem diante dos *perigos*, muito chamadas, com bom trânsito pela unidade de saúde. Os preços cobrados também faziam diferença. Às vezes, a família estava passando por uma fase difícil e ficava impossível arcar com o que uma parteira famosa como D. Dorca pedia. Uma negociação era iniciada ou outra parteira mais barateira seria procurada.

Assim, a escolha da atendente resultava de um leque de informações: as preferências e a situação financeira dos implicados, a conjuntura de relacionamentos, a disponibilidade das parteiras. Para lhe *puxar*, a mulher poderia chamar a parteira que desejasse (por preferência ou conveniência), mas isso não significava necessariamente que fosse lhe atender o parto. Era preciso que o marido concordasse com essa escolha porque, como me diziam, era ele quem, em última instância, *acertaria* o pagamento com a parteira. Mas aos poucos a participação masculina nessa escolha foi sendo relativizada durante o campo.

No Capítulo 2, vimos que, assim que uma mulher percebia alguma alteração em seu ciclo menstrual, procurava uma

parteira para lhe *puxar* e diagnosticar a gravidez. Depois, ela a chamava a cada vez que apresentasse alguma indisposição. Durante as *puxações*, era possível chamar a parteira de preferência da mulher por duas razões, a meu ver: primeiro, a *puxação* representava um vínculo mais informal que poderia, a qualquer momento e por várias razões, ser suspenso; e, segundo, os R\$2,00 ou R\$3,00 pagos geralmente após o serviço, eram uma pequena quantia mais facilmente conseguida pela própria mulher (do que os R\$60,00 que, como veremos posteriormente, estavam sendo cobrados pelo serviço de parto à época da pesquisa). Nessa fase, a gestante poderia chamar sucessivamente várias parteiras para lhe *puxar* sem definir seu parto com nenhuma delas. Parece que a *puxação* tinha também esse papel de “contato experimental”, por parte da gestante, ou “atendimento demonstrativo” e sem compromisso, por parte da parteira.

A possibilidade de *puxações* frequentes e consecutivas, ao contrário do que acontecia no interior, fazia uma grande diferença nesse novo quadro de relacionamento com a parteira. Por se tratar de um vínculo mais fugaz e também mais barato que o parto, o marido parecia não interferir tanto na escolha da parteira nessa fase. Eu notava como as mulheres aproveitavam esses encontros para naturalizar a presença de uma parteira com quem *se dessem melhor*. Aproveitavam esta constante presença para aos poucos, como me diziam, *adomar* o marido, isto é, convencê-lo de que a parteira de sua preferência não só servia para lhe *puxar*, mas também para lhe atender o parto. A grande maioria das parturientes era atendida por parteiras que haviam lhes *puxado* durante a gestação.

Eis porque sustento que a *escolha* da parteira estava muito mais nas mãos das mulheres, embora oficialmente me repetissem que os homens eram os que definiam a atendente. Eu notava como os homens entravam como mais uma opinião nessa escolha. Talvez eles dessem a última palavra a favor de uma parteira que cobrasse menos ou por outra que facilitasse o pagamento em parcelas. Mas eram as mulheres quem conheciam em detalhes o leque de parteiras disponíveis segundo os relatos de suas parentas,

vizinhas e amigas e, claro, segundo sua própria análise feita durante a *puxação* e/ou em partos anteriores. Suas experiências pessoal e corporal eram fundamentais para a escolha. Além disso, mais e mais, o fato das mulheres conseguirem algum dinheiro com seus bicos intermitentes lhes conferia mais margem de negociação para escolher e pagar pela parteira, principalmente quando os maridos discordavam de sua escolha ou estavam ausentes em função de trabalho, abandono ou divórcio.

5.2 O *contrato*: O dinheiro criando um realinhamento

Pelo fato de todos morarem muito próximos uns aos outros, havia a possibilidade de visitar a parteira antes do atendimento obstétrico para *contratar* seu trabalho. Durante a pesquisa eu vi alguns homens chegarem à casa de D. Dorca, sentarem-se no jirau da frente, conversarem por vários minutos sobre amenidades da cidade, da safra de farinha, do clima, até que a seguinte frase surgisse: “Pois é, D. Dorca, vim aqui contratar a senhora para assistir a minha mulher”. Em seguida, a parteira detalhava suas tarefas e, por fim, um preço e a forma de pagamento eram acordados entre ambas as partes. Outras vezes, o marido *contratava* o serviço da parteira em uma de suas visitas, em ocasião de uma *puxação* à gestante, como Pedro fez com D. Dorca, no Capítulo 2. Poucas vezes vi homens abordarem D. Dorca com esta intenção nas ruas da cidade. Pagamentos ou parcelas do mesmo poderiam ser quitados no trânsito pelas ruas, mas o *contrato* inicial geralmente acontecia em casa, da parteira ou da paciente.

A relação entre a parteira e o marido era formalizada oralmente no que denominavam de *contrato* ou *acerto*.³⁹ Esta formalidade desnaturalizava o trabalho da parteira e a retribuição do

³⁹ *Contrato* e *acerto* eram usadas como sinônimos nesse momento quando o marido requisitava o trabalho da parteira e as condições desta relação eram esclarecidas. Mas *acerto* também era usado no momento em que, depois do parto, o marido quitava o preço combinado pelo serviço da atendente.

marido, explicitando e estabelecendo as obrigações de cada parte: por um lado, a parteira zelaria pela vida da parturiente e seu bebê, e, por outro, o marido desta última honraria o pagamento combinado ao final de todo o trabalho. Tadeu, esposo de uma moça atendida por D. Dorca, explicou: “Eu contrato antes. Se acontecer alguma coisa com a minha mulher ou com meu filho, é culpa da parteira. A obrigação é do marido pagar”. As parteiras compartilhavam da mesma opinião, como lembrou a parteira D. Benedita: “Quando chamam a parteira, sai do compromisso da família e passa ao compromisso da parteira”. Sabá, parteira que começava no ofício, me explicou a razão mais evidente para esse arranjo: “É o marido que acerta o parto porque ele é o dono da casa, é ele quem trabalha e foi ele quem ajudou a fazer o filho”. Pereira, em sua pesquisa com parteiras em Manaus, notou o mesmo padrão:

Ao contratar um parto, a parteira faz o acordo com o marido da grávida e é dele que espera a primeira retribuição ao seu trabalho; com a mulher são feitos apenas acertos referentes ao tratamento de doenças femininas ou de crianças já nascidas (1993: 83).

Como no interior, permanecia a forte imagem do homem como “provedor do lar”, embora as mulheres, cada vez mais, estivessem contribuindo com renda inconstante, mas substancial (como já foi amplamente observado em outras pesquisas com grupos populares em periferias urbanas. Cf. Caldeira, 1984; Duarte, 1986; Sarti, 1996; Fonseca, 1989 e 2004). A retribuição, assim, não ficava mais a cargo do que o marido pudesse ou quisesse oferecer, como vimos no interior. E, por outro lado, a parteira sabia que precisaria estar disponível em nove meses exatos.

No interior, não havia nem *escolha*, nem *acerto*. O homem *chamava* a parteira (ou a aprendiz de parteira) disponível quando sua mulher aparecesse *com dor*. Na cidade, o serviço era *escolhido e contratado*. Por mais que tentassem me convencer de que os homens estavam a cargo de ambas as tarefas, eu começava a notar que eles intermediavam, via *contrato*, a escolha feita pelas

gestantes. Sua parte ativa se concentrava no *contrato* e, como veremos abaixo, no acerto de contas.

5.3 O aceite e o preço: O significado do “preço” dentro da trama de relações

Depois de receber a proposta de *contrato*, D. Dorca explicava o serviço oferecido, como vimos-na fazer com Pedro, no Capítulo 2: “Eu assisto [a] mulher. Eu fico até o bebê nascer. Lavo a roupa. No dia seguinte eu torno a vir e fazer almoço e lavar a roupa. Faço isso por três dias. Depois, volto no oitavo dia”. A parteira assumia as tarefas da mulher, em razão de sua convalescença. Quer dizer, ela substituía a mulher por três dias e esperava-se que, nas próximas cinco ou seis semanas (totalizando os 40 dias do resguardo), filhas, irmãs, vizinhas, mãe ou sogra da puérpera a ajudassem. O trabalho das parteiras nesses primeiros dias era motivado pela importância desse duplo resguardo de mãe e filho. E, certamente, o preço que cobravam contemplava esse complexo quadro de tarefas e concepções de saúde.

No interior, ela só era *chamada* na hora *da dor*, do *apereio*. Já na cidade, as parteiras ofereciam um serviço muito mais frequente e personalizado. Elas poderiam ir até suas pacientes sempre que estas precisassem, para uma simples *puxação*, para ensinar a fazer um chá pós-aborto ou para lavar a roupa do parto. Porém, este atendimento personalizado exigia uma adaptação. O fato de morarem pertinho permitia que a parteira voltasse para sua própria casa depois de cada serviço. Pelo fato de ter que ajudar a puérpera e, ao mesmo tempo, manter sua própria casa funcionando, ela tinha que delimitar claramente suas funções nesse período. Não podia mais, como no interior, se mudar para a casa da parturiente por uma semana depois do parto. Uma nova temporalidade se configurava na cidade: muitos adultos se organizavam para terminar a lida na roça um pouco mais cedo para chegarem às aulas do supletivo; os barcos partiam apenas em certos horários; a programação de televisão – sempre ligada

– também regulava o ritmo dos acontecimentos. O tempo não poderia mais ser pautado apenas pelos afazeres e demandas da família, da natureza, da agricultura. E também a parteira precisava delimitar não somente seu rol de tarefas, mas por quanto tempo iria cumprir cada uma delas. O valor do trabalho era cada vez mais quantificado pelo tempo gasto para realizá-lo. Além disso, definindo tarefas e cronograma, a parteira informava à paciente e sua família sobre o período em que estaria disponível, quando uma substituta deveria ser providenciada (em caso de viagens ou compromissos assumidos anteriormente, inclusive outros serviços obstétricos) e o prazo dentro do qual a retribuição deveria ser quitada. As atendentes redefiniam suas atribuições, sem, contudo, deixar de praticar o que faziam no interior. Pareciam estar a meio caminho: não atendiam o parto e deixavam o cenário (como um/a enfermeiro/a faria) nem se mudavam para a casa da puérpera (como faziam no interior). Por tudo isso, agora a parteira especificava ao marido por quantos dias iria permanecer atendendo a paciente.

Depois de expor suas tarefas, a parteira lançava o preço para o “pacote” das mesmas que, em Melgaço, havia sido *tabela-do* há alguns anos em R\$60,00. Não ficava mais nas mãos do homem avaliar o que poderia e desejaria lhe dar pelo fato de *aparar* seu filho. Porém, acredito que os R\$60,00 representavam mais um teto do que uma exigência absoluta, pois indicavam apenas o começo da negociação, sempre presente entre parteira e marido. Vigoravam, com mais frequência, variações desse preço que, antes de representarem exceções, refletiam, a meu ver, como os valores respeitavam, antes e acima de tudo, a relação que parteira e paciente estabeleciam. Os outros preços que descreverei a seguir indicam como a lógica da reciprocidade e do laço social ainda se mantinha com significativa força em Melgaço.

Havia uma diferença entre, por um lado, *mulheres de primeiro filho* (ou *mulheres verdes*) e, por outro, *mulheres acostumadas* (i.e. mulheres de segundo, terceiro, quarto etc. filho). Segundo me explicaram, a primípara *custava mais a ter*: a dilatação era mais lenta; a paciente ficava mais medrosa e insegura e demandava

mais atenção e explicações; esta demora levava a família a concluir que o parto estava *complicado* e precisava ser hospitalizado; seria preciso mostrar à família que o parto poderia acontecer em casa etc. Em geral, a *mulher de primeiro filho* dava mais trabalho à parteira e por isso o preço era mais elevado em relação à *mulher acostumada* que paria mais fácil e rapidamente.

As parteiras também diferenciavam entre uma *mulher que dava serviço* e *mulher que tinha fácil*. Uma mulher que *dava serviço* poderia se esperar que não acatasse às sugestões e, às vezes, ordens da parteira para mudar de posição, fazer força em um dado momento, caminhar para facilitar a dilatação; exigisse o acompanhamento direto do marido mesmo quando o próprio ou a parteira não desejasse esta presença; fosse mimada, chorosa ou *esparrenta*, pedindo a presença da mãe ou de uma irmã, não demonstrasse coragem diante das *dores*, chorasse ou gritasse demais por motivo considerado pela parteira como menor etc. Não necessariamente uma mulher de primeiro filho *daria serviço*. Uma mulher poderia *ter fácil* o primeiro filho e, num parto seguinte, *dar serviço, dar trabalho* à parteira ou vice-versa.

Das *mulheres verdes* e as *mulheres que dão serviço* era provável que os R\$60,00 fossem cobrados, ao passo que das outras, as *mulheres acostumadas* e as *mulheres que têm fácil*, um preço mais ameno poderia ser feito, como R\$50,00 ou R\$40,00. O tempo passava a ganhar mais importância: quanto maior era a previsão de trabalho (em termos quantitativos e qualitativos), mais elevado o preço. O mesmo raciocínio valia para outros fatores envolvidos no parto. Atender somente o parto (sem *puxações* prévias), não lavar a roupa do parto, não disponibilizar o material (e.g. álcool, tesoura, panos etc.), e não morar muito longe eram itens que facilitavam para que a parteira estabelecesse um preço menor.

As parteiras frequentemente aceitavam receber na forma de produtos e serviços, já que o dinheiro em espécie era sempre mais difícil de conseguir. O parto de Berta, por exemplo, foi sendo pago aos poucos. Sempre que precisava, D. Dorca passava na venda do marido da moça e apanhava um quilo de arroz, uma lata de óleo ou algumas verduras (como tomates, cebolas,

batatas). E o mesmo lhe disse: “Esse é o começo do pagamento pelo parto da Berta. Eu vou receber essa semana e te pagar o restante, irmã Dorca”.

Vi minha anfitriã receber comida, madeira, material de construção em troca de seus atendimentos. Maridos e, às vezes, as próprias pacientes (geralmente quando eram solteiras ou o marido não estava presente) também lhe ofereceriam sua mão de obra como pagamento. Em geral, as parteiras aceitavam de bom grado a criatividade de seus clientes. De certa forma, manter o escambo reforçava o modelo costumeiro de retribuição: oferecer algumas galinhas ou alguns dias de *braçada* era a forma com que, especialmente no interior, essas parteiras viram suas mães e avós serem pagas por *pegar meninos*.

Era visível o contentamento de D. Dorca quando, depois de uma *puxação* ou de um parto, a família lhe pagava imediatamente. Ela sempre tinha planos para o dinheiro que esperava receber. Por isso, quando eu a vi recusar pagamentos, fiquei bastante intrigada. Por exemplo, fomos chamadas em duas madrugadas consecutivas para acodir Mirtes. Uma hemorragia incontrolável lhe acometia. D. Dorca suspeitava de um aborto. Massageou seu ventre e prescreveu chás e banhos de assento à moça. Mas a parteira não aceitou quando Everton, marido de Mirtes, lhe estendeu algumas notas depois do serviço. No caminho de volta para casa, ela me explicou: “Ele é muito bom comigo. Não precisa me pagar. Ele sempre me dá óleo queimado, carne, outras coisas”.

Esta flexibilidade demonstrada por D. Dorca só acentuava a intensa rede de relações na qual as parteiras estavam inseridas. Não aceitar um pagamento significava que essas parteiras não só percebiam como havia uma complexa e intrincada balança de reciprocidade, como também estavam atentas para que sempre que possível essa balança estivesse equilibrada ou, na melhor das hipóteses, tendendo a seu favor. D. Dorca sabia que Everton era funcionário da prefeitura e poderia ser decisivo para acudir *aperreios* inesperados de sua própria família. Ter crédito com ele, portanto, poderia ser útil no futuro. E esse crédito era

mais importante ainda quando bebês são aparados em famílias um pouco mais abastadas ou com mais desenvoltura política na cidade. D. Dorca me explicou:

Eu atendo pelas pessoas. Mesmo se não me pagam. A Bartira mesmo, por exemplo. Eles até hoje não me pagaram [o parto da filha]. Mas não tem um dia que eu passe ali que ela me negue uma água. Quando vou lá comprar açai, ela tira um, dois, até três litros já tirou e me dá. “Não. Leva, leva pra você, Dorca”, ela fala assim comigo.

Não pagar, nesse caso, não consiste num calote, mas num crédito.

“As pessoas eram muito carentes, eu não tinha coragem de cobrar”, me explicou uma tarde D. Dolores. Assim, as parteiras trabalhavam de graça, ao que parece, para as famílias mais abastadas, como de Bartira, como lembrou D. Dorca no parágrafo anterior, e, ao mesmo tempo, para as mais pobres, aqui segundo D. Dolores. Contudo, não há, a meu ver, uma contradição nesse cenário. No exemplo de D. Dorca, elas induziam a retribuição obrigatória na forma de crédito que, conforme o caso e o momento da contra-dádiva, poderia ser bem mais estratégico do que R\$60,00. No caso de D. Dolores, oferecendo seu *dom* sem esperar qualquer pagamento, ela se distinguia dos **muito** carentes. Em ambos os casos, elas mantinham sua ascendência na troca.

Assim, oficialmente, D. Dorca e as outras atendentes de Melgaço diziam ter *tabelado* seus preços, mas a experiência como *aparadeiras* de suas parturientes e a relação que desenvolviam com cada uma delas continuavam a ser consideradas. Gratuitidades, escambos e preços variáveis poderiam ser tidos como descontos para uma certa paciente (favoritismos), reflexos da reciprocidade em ação (quando a parteira estivesse em situação de débito) ou indicativos das diferenças entre estilos de trabalho. Essa lógica tinha espaço para contemplar as diferentes intensidades de laços entre parteiras e seus clientes e, a meu ver, de forma concomitante, anunciava novos esboços internos do ofício.

5.4 Quando o *contrato* não é aceito: A perda do monopólio e a liberdade de não aceitar

Assim como no caso do *chamado* no interior, na cidade, geralmente a *escolha* e o *contrato* eram prontamente aceitos. Mas, em algumas circunstâncias, as parteiras não aceitavam ou não atendiam as pacientes. Vejamos em maior detalhe como esses rompimentos do círculo de dádivas informavam sobre os novos moldes do trabalho das parteiras na cidade. Primeiro, como já mencionado, no cenário da cidade uma determinada parteira não era a única fonte de *ajuda*, havia também várias outras parteiras e outros recursos (hospital, médicos, enfermeiros etc.). Segundo, uma parteira ia, pouco a pouco, consolidando uma clientela e, para ter alguma renda, não precisaria depender de um único marido devedor. Terceiro, possivelmente ela também contasse com outras fontes de renda (*benefícios*, aposentadoria, biscates etc.) e sua colaboração no orçamento doméstico não se restringiria somente ao partejar. Quarto, ela tinha novos compromissos que a impediam de estar na cidade em tempo integral. Quando viajou para um curso em Belém, D. Dorca pediu que sua colega, D. Maria Silva, atendesse uma moça que já havia lhe *contratado* o serviço. Neste caso, D. Dorca, que acompanhou toda a gestação da moça, ganhou pelas *puxações*, e o parto foi pago à D. Maria Silva. Quinto, problemas de saúde eram mais facilmente aceitos como justificativa para não atender, no caso de parteiras com mais idade. Todos esses aspectos eram considerados para, excepcionalmente, não aceitar e/ou não manter um *contrato*. Nesse novo cenário, parece que mulheres e parteiras ampliavam os limites de sua barganha no que se referia aos eventos reprodutivos. As primeiras podiam, agora, *escolher* quem iria lhes atender. As segundas podiam decidir se atenderiam ou não.

Assim, as parteiras urbanas perdiam o monopólio dos atendimentos do qual gozavam num certo igarapé no interior, contudo se desincumbiam da obrigatoriedade absoluta que vinha a tiracolo. Elas podiam se permitir ficar doentes, viajar, passar o serviço adiante. Estes motivos para quebrar o círculo de dádivas poderiam ser verdadeiros, conhecidos e consensuados. Porém, poderiam tam-

bém ser apenas “desculpas” para evitar trabalhar de graça, para não levar *lobas*, como chamavam localmente os calotes. Aqui, o importante é notar como se esboçava toda uma lógica que consistia em avaliar se era estratégico assumir ou não um *contrato*. Era comum que o pagamento acontecesse tempos depois do serviço realizado – estes eram os *partos afiados*, como me diziam. Mas o risco era sempre que os *partos afiados* se transformassem em *lobas* permanentes. Para evitar essa situação de potencial conflito, mais e mais, as parteiras vinham se negando a atender os homens que haviam desenvolvido uma reputação, tanto entre elas quanto no comércio da cidade de uma forma geral, como maus pagadores, bonequeiros, *trambiqueiros* ou *enrolados*, como eram chamados depreciativamente.

Uma tarde, Genilde, filha caçula de D. Dorca, apareceu para lhe pedir um dinheiro emprestado. O trecho da conversa que se seguiu entre nós três foi eloquente:

D. Dorca: Tô podendo ajudar não, Genilde. Eu já atendi três partos do Robson e nenhum foi pago. Eu já avisei pra Martinha, mulher dele, pra não engravidar porque eu não vou atender ela. É melhor ela ir pra Unidade. A comadre Bené [outra parteira] também já avisou pra ele e olha que o Robson é neto dela. Ela não vai atender mesmo. Eu fui cobrar 2kg de carne da mulher dele e ela disse que é só com o marido dela. Mas eu disse que ela é quem embarriga. Ela não me deu a carne.

Soraya: Mas por que elas não vão pra Unidade de uma vez, já que lá é de graça mesmo?

D. Dorca: Elas não gostam da Unidade porque lá judiam delas. Ficam dedando as mulheres toda hora. [...]

Genilde: Mas dia desses a Martinha não chamou a senhora pra puxar ela?

D. Dorca: Chamou, mas eu talhei.

Soraya: Será que ela entendeu o recado?

D. Dorca: Acho que entendeu. Não apareceu mais. Mas não é só o Robson que tá me devendo. Quer ver só? [A parteira passou, então, a rememorar vários nomes e valores. Sem vacilar ou perder o ritmo, listou 18 nomes de homens. Cada um deles lhe devia de um a até quatro partos, totalizando 25 serviços feitos sem receber. No total, a lista contemplou quatro partos com o valor de R\$40,00 oito por R\$50,00 e 13 de R\$60,00 no total, R\$1.340,00].

Soraya: [...] Mas por que a senhora listou esses 25 partos? Acha que vai receber esses partos que a senhora chama de *afiados*?

D. Dorca: É só pra saber quem não paga mesmo. Para saber quem é mau pagador. Os outros, os muito antigos não pagam mesmo. Vou fazer de tudo para não atender estes maus pagadores. Só se for o caso mesmo, se chegar dizendo “A mulher tá em perigo”. Se não for muito grave, deixo pra lá.

Nessa conversa também ficou claro como as parteiras, diferente do interior, assumiam uma cobrança mais efetiva e frontal. Esperavam que o *contrato* fosse honrado pelo marido da paciente já que elas tinham cumprido sua parte no trato. Quando o trato não era cumprido, vemos na conversa acima como D. Dorca foi cobrar de Martinha. Já D. Tapuia, outra parteira, também tinha uma estratégia explícita nesse sentido:

Quando precisam de mim, sabem onde eu moro. Mas para pagar, eles não sabem mais. Eu vou três vezes cobrar. Depois disso, eu não vou mais. Eles sabem que me devem. A minha responsabilidade é por três dias. Depois, é por conta deles.

Em geral, estas *aparadeiras* não adotavam uma atitude de passividade e espera.

Não penso que um pedido fosse negado porque as parteiras desenvolviam um perfil unicamente comercial e calculista. Parece que, de outro modo, priorizavam a relação com aquela

família e sabiam que uma *loba* contribuiria para esgarçar significativamente essa aliança. Era mais fácil *talhar* um pedido antes que o compromisso se efetivasse do que depois conviver com uma *loba*. Noutra tarde, D. Dorca me explicou ter feito isso: “Uma moça veio me pedir para puxar. Ela era de marido mau pagador. Eu disse, ‘Não tô fazendo esses serviços. Só puxo quem me paga’”. Mais e mais, tendiam a se precaver de *lobas* e valorizar tanto seu trabalho quanto o relacionamento entre as duas famílias. Porém, na hora do *aperreio*, no meio da noite, dificilmente uma parteira se negaria a atender *na precisão*. Como explicou D. Dorca na conversa anteriormente exposta, *só se o caso for grave*, ela aceitaria atender a esposa de um *bonequeiro*. Como no interior, preservavam o caráter obrigatório nos momentos de emergência.

Assim, era com os maridos, sobretudo os *maus pagadores*, que estas parteiras rompiam, não com as parturientes, as mulheres *em precisão*. Dessa forma, deixar que os homens controlassem o *contrato* e o *acerto* era uma estratégia para mantê-los como intermediários e, de certa forma, figuras tangenciais neste quadro a fim, sobretudo, de preservar a relação com as pacientes. Parece que, mesmo num novo cenário – o urbano – em que se institucionalizavam novas práticas, como o *contrato*, preços *tabelados* e o pagamento, a prioridade do atendimento destas parteiras permanecia sobre as parturientes. O compromisso era com a mulher *em perigo*. Eram elas quem mobilizavam o *dom*, a experiência e o trabalho das parteiras.

Há mais um ponto a considerar nessa seção. A obrigatoriedade de oferecer o *dom* não se abalava apenas com os *trambiqueiros*, mas também com os parentes. Como vimos no interior, os partos de uma casa preferencialmente eram atendidos por uma parteira experiente que ali coabitava. Mas em Melgaço, encontrei: mulheres sendo atendidas por parteiras com as quais não eram aparentadas; mulheres chamando outras parteiras apesar de contar com alguma na família; parteiras passando para outras o atendimento de suas filhas, netas e sobrinhas; parteiras cobrando pelo serviço realizado dentro da família. O parentesco e a vizinhança, valores tão caros no interior, continuavam sendo importantes na sede urbana do muni-

cípio e, como vimos em seção anterior, eram os primeiros aspectos considerados no momento de *escolher* com quem parir. Mas parece que passavam a ser matizados pela *escolha*, que ampliava o escopo de atendimento. Além disso, outra nova prática que tentavam instaurar era a ampliação e a democratização do pagamento do parto a todas as parturientes atendidas, independente do laço existente com a parteira. Suspeito que essa prática estava ainda sendo consolidada porque uma forte polêmica persistia. Muitas parteiras exclamavam surpresas: “Filha minha não paga!”. Mas algumas concordavam com os seguintes argumentos:

Não é justo. Tem que pagar sim porque a parteira trabalhou muito. Se sabe que a mãe não cobra, a mulher faz mais filho. (Tadeu, filho, esposo e genro de parteira)

Filha de parteira paga sim. A Cristina, minha menina, me pagou até mais do que outra que eu atendi na mesma época, que nem parente minha é. (D. Delfina, parteira)

Se fosse eu, eu ia pagando desde que eu engravidasse. Quem precisa é a gente e não o homem. Na hora da dor, é a gente que sofre. Mas aí dizem que eu não pago porque eu sou filha da mamãe. Mas eu disse que pago sim, nem que seja metade. (Genilde, filha de D. Dorca)

Contudo, o serviço e, conseqüentemente, o preço de um parto na família já tendiam a ser menores por três razões: a) A parturiente geralmente morava com a parteira ou bem perto da mesma, que não precisaria fazer longas caminhadas ou se expor aos perigos da noite; b) Havia outras pessoas na família para se encarregarem da *roupa do parto* e do cuidado do puerpério; e c) Já se conhecia o “histórico obstétrico” dessa filha e, assim, se saberia ser uma *mulher verde* que tampouco *dava serviço*. (Caso contrário, havia mais intimidade para a parteira reprimir essa *tolice*). Mas pessoas como Tadeu, D. Delfina e Genilde tentavam nos convencer como a prática de cobrar deveria ser generalizada em vez de variações de preço, tidas agora como “favoritismos”. Estava em curso uma tentativa de padronizar a contra-dáviva.

6. Progressão de carreira: Profissionalização e uma nova política de tarifas

Até aqui, vimos como algumas novas dinâmicas se configuravam na cidade: a monetarização das trocas; a instabilidade do homem como provedor único da família; mais oportunidades de emprego e renda para as mulheres; uma temporalidade que abrangia outra organização das tarefas e dos ritmos para realizá-las etc. Dentre todas estas dinâmicas que afetavam e redefiniam o trabalho das parteiras, havia mais uma com especial centralidade nesse quadro. Os cursos de treinamento, oferecidos às parteiras pelo Estado, ONGs ou como iniciativas individuais de médicos, enfermeiros e clérigos, têm sido oferecidos pelo país e também em Melgaço. E têm contribuído para que as parteiras incorporem certas novidades. Há algumas décadas, os treinamentos são uma iniciativa comum no mundo todo para, principalmente, diminuir os índices de mortalidade materna e neonatal “enquanto” a infraestrutura hospitalar não se universaliza. Estes cursos serão discutidos em maior detalhe no Capítulo 5. Por enquanto, desejo ressaltar os efeitos dos cursos em Melgaço sobre as dádivas e contra-dádivas trocadas entre parteiras, pacientes e suas famílias.

Muitas das parteiras dessa região já haviam participado dos cursos oferecidos nos últimos anos no Pará. As parteiras com quem eu convivia associavam a incorporação da prática de cobrar pelo partejar aos profissionais de saúde que lhes haviam dirigido estas iniciativas didáticas.

D. Tapuia: Bom, eu atendia em tudo que é canto. [...] No começo, eu não sabia cobrar. Aí, passaram a cobrar depois do curso que teve aqui. Fizeram um curso e deram o preço para nós. Isso foi em 1980. Era R\$40,00 para segundo filho e R\$50,00 para primeiro filho.

Soraya: Nesse curso de 1980, quem deu o curso?

D. Tapuia: Era um médico que nem a senhora. Um médico veio conversar comigo. Eu perguntei pra ele se não

iam subir o preço e ele disse que não ia subir. É um preço justo? Não sei.

Antes, esta parteira *não sabia cobrar*. Recebia, como vimos ser corrente no interior, o que os maridos das parturientes estivessem dispostos a lhe oferecer. D. Tapuia explicou que a sugestão de formalizar a retribuição pelo atendimento partiu dos profissionais de saúde, embora ela achasse o valor subestimado. A data apontada por D. Tapuia coincide tanto com a época de migração mais intensa para a sede urbana quanto com um momento em que a familiaridade com o dinheiro se ampliou.

D. Tapuia, bem como outras parteiras, localizavam, portanto, um ponto de inflexão importante em seu trabalho: quando a retribuição passa a ser pré-estabelecida em espécie. Além disso, vale lembrar que houve um *tabelamento* desse valor. A sugestão do médico referido foi que todas as parteiras esperassem pela mesma quantia. Mudança similar foi notada em outras pesquisas. Stephens (1992), por exemplo, ao pesquisar as parteiras das periferias urbanas na Índia, observou que elas tiveram seu *status* enaltecido pelo treinamento e, com isso, inflacionaram seus preços. Isto aconteceu porque, como as entrevistadas explicaram à antropóloga, “agora eu tenho os instrumentos” (*ibid*: 815) e pela suposição de que angariavam algum *status* ao entrar em contato com as autoridades da biomedicina.

Contudo, embora ser remunerada em troca do atendimento obstétrico tenha parecido conveniente para as parteiras melgacenses e embora contassem com algum respaldo conferido pela biomedicina, esta proximidade com os cursos não foi totalmente positiva. Associar-se com os cursos foi tido como uma institucionalização, mesmo que simbólica. Quer dizer, cada vez mais, as parteiras foram vistas transitando e recebendo aulas dentro da Unidade de Saúde; conversando com profissionais de saúde, da prefeitura e forasteiros que vinham especialmente para ministrar os cursos; circulando com pacientes em apuros pelos barcos, outros hospitais e outras cidades etc. O resultado mais imediato da presença de D. Dorca e suas colegas nestes espaços (que antes pouco ocupavam) foi a suposição de que,

como médicos e enfermeiros, as parteiras também recebiam do Estado para trabalhar, desonerando os maridos de retribuírem por esse serviço, domiciliar ou não. Aquelas parteiras que levavam casos complicados ao hospital tinham a expectativa de receber ajuda dos profissionais de saúde, mas, em geral, não encontrando equipe ou material disponível, elas próprias tinham que atender o parto nestes espaços. A parteira D. Anunciação lembrou de um exemplo:

Tem um homem que me falou que as parteiras ficam ganhando do Estado e ainda cobram dos pais. Se o prefeito pagasse um salário, eu trabalhava lá no hospital. Não precisava dos pais. Mas eu trabalhei contra esse prefeito aí, então sei que ele não vai me ajudar nessa minha profissão.

Não só a clientela das parteiras lhes associou à máquina estatal – elas próprias também mantinham a expectativa de, mais cedo ou mais tarde, serem remuneradas, como funcionárias ativas do sistema de saúde, como disse acima D. Anunciação, ou como funcionárias inativas, como lembrou D. Zezinha:

Já tá saindo pagamento para as parteiras em Breves. Falaram que quando estivesse tudo organizado, a Núbia [Melo, socióloga do Grupo Curumim] falou, vamos receber o aposento. A Associação da gente já tem o livro [de atas], mas o documento não foi tirado ainda. O estatuto. Aí, com isso organizado, vem grana do Estado.

Esta pseudo ou, ao menos, proto-institucionalização foi bastante catalisada pelos cursos. E, apesar de aos mesmos ser creditado o início da contra-dádiva monetária e tabelada, essa novidade não se transformou unicamente em uma vantagem para as parteiras, nem por seu público nem por elas próprias.

Havia uma segunda consequência negativa da proximidade das parteiras com os cursos. Além de diplomas, camisetas e livros, as parteiras recebiam também *kits* de material obstétrico. Idealmente, a Unidade de Saúde local deveria repor cada item

consumido. Mais recentemente, contudo, este material estava menos disponível e, muitas vezes, as parteiras precisavam comprar os itens que julgavam mais necessários (e.g. álcool, fio para amarrar o umbigo etc.), como contou D. Luzia: “Tem um pai de uma criança que eu atendi que falou que quando receber vem me pagar. [...] Nós precisa do dinheiro porque nós compra todos os aperparos”. No interior, não usavam o material e não dependiam, assim, do dinheiro para adquiri-lo. Mas agora estas parteiras também atrelavam o pagamento pelo parto ao consumo desses *aperparos*. Assim, as parteiras corriam o risco de serem desapontadas duplamente, pelas famílias atendidas e pelo Estado.

Além do Estado, a presença de *pessoas de fora* (como também me classificavam, como vimos no Capítulo 1), ligadas ou não aos cursos, também era interpretada localmente como uma oportunidade de substituição da contra-dádiva costumeira dirigida dos maridos das parturientes às parteiras. Eu, por exemplo, não tinha a prática de pagar por entrevistas, fotos ou partos assistidos. Dinheiro de minha parte entrava para colaborar com a manutenção da casa de minha anfitriã. Mas havia outros tipos de relações entre “estrangeiros” e parteiras. Uma cineasta franco-paulistana tinha passado várias temporadas ao longo dos últimos anos em Melgaço colhendo fotografias e imagens para um filme sobre as parteiras da região. Uma tarde, D. Anunciação me contou que sua filha estava nas últimas semanas de gestação e perguntou se eu também queria filmar seu parto. Eu lhe expliquei que meu trabalho consistia somente em conversar com as pessoas e participar de suas vidas (incluindo os partos) sempre que fosse convidada. O muxuxo no rosto de D. Anunciação me surpreendeu. Ela, então, explicou que realmente desejava que eu filmasse o parto da filha porque esperava que, como a cineasta, eu desse R\$300,00 à parturiente, R\$50,00 à parteira que a atendesse e presentes ao recém-nascido. De forma semelhante, em outra ocasião, uma vizinha de D. Dorca lhe perguntou quando a cineasta voltaria novamente porque sua filha logo estaria no ponto de parir. Minha anfitriã lhe explicou, “Aquele serviço já terminou. Ela pagava um salário

pra mulher e também pagava a parteira. Mas sabe, nenhum pai me pagou enquanto ela esteve aqui. Foi tudo ela que me pagou”. Ao pagar pelo material coletado, a cineasta abalava um pouco o cenário obstétrico, e o costume da contra-dádiva local ao partejar era substituído.

Os cursos também contribuíram para acirrar diferenças entre as parteiras. “Ter aulas” era uma forma de se distinguir uma das outras. Saber uma nova gama de informações, manusear um novo conjunto de instrumentos, tornar-se fluente num novo léxico de palavras e expressões parece que tornava legítimo não só que se recebesse por um parto mas que também se cobrasse mais do que uma colega não “letrada” nessa “cultura dos cursos”. Atender partos deixava de ser um serviço simples, naturalizado e realizável por qualquer mulher que tivesse tido filhos. *Aparar meninos* passava a ser considerado como um trabalho limitado a quem *soubesse* resolvê-lo. Dominar uma nova linguagem e a burocracia da saúde local incrementava este saber e criava novas distinções entre as parteiras:

Eu não sabia a hora que o bebê ia nascer. Só quando descola o colo do útero. Agora eu sei a hora de nascer. Se não der a contração, não nasce. Muitas parteiras do interior não têm esse conhecimento: como é o útero, como a criança se gera, quando tá dilatado, quando vai nascer. (D. Anunciação)

Mas não pode confundir. Tem gente levando a Declaração de Nascido Vivo no posto e na unidade e dando duplo registro. O homem do cartório me disse que só eu levo certo. Tem parteira que não preenche direito, que não leva. [...] Mas é tudo o pessoal do interior. (D. Dorca)

Ao usarem termos como *descolamento do colo de útero*, *contração*, *dilatação*, *declaração de nascido vivo*, *o homem do cartório* etc., D. Anunciação e D. Dorca demonstravam participar de um seleto grupo de parteiras com trânsito por espaços há muito tempo inacessíveis a grupos populares, iletrados, interioranos. E os

curso as tinham ajudado a reunir estas informações e, mais do que tudo, a reconhecer como, quando e com quem usá-las.

Nesse processo de desnaturalização do partear, os cursos também contribuíram para definir com maior nitidez os contornos e limites do mesmo. A obrigatoriedade do *dom* deixava de ser onipresente e incontestável: um dos principais pontos do curso era sugerir às parteiras que não atendessem toda e qualquer situação que lhes chegasse à porta. D. Dorca deixava claro seu limite às suas pacientes. A uma moça que recém enfrentara um aborto, disse:

Milica, você não fez o pré-natal? Se você engravidar de novo e continuar a não fazer o pré-natal, eu não vou te atender. Parteira nenhuma é obrigada a atender gestante assim. Nem médico. É muito risco para nós, menina.

Aprendiam que os *casos de risco* biomédico – gestantes sem o pré-natal, múltiparas, obesas, diabéticas etc. – deveriam ser encaminhados ao hospital e que respondiam legalmente pela vida da mulher e do bebê, como lembrou Genilde, filha de D. Dorca:

Mas as pessoas não pensam na responsabilidade que tá na mão da parteira. Pensa que ela passa umas horas lá com a mulher e pensa que é fácil. Mas não é. Se alguma coisa der errado, tá na mão da parteira.

Se ambos cenários – *risco* e *responsabilidade* – não fossem respeitados, as parteiras acreditavam que poderiam ser julgadas pelos representantes oficiais da saúde e da lei. Estas parteiras tornavam-se mais familiarizadas e, ao mesmo tempo, subordinadas às instituições da Medicina e da Justiça (mesmo permanecendo até hoje extra-oficiais ao sistema de saúde). Conflitos sobre partos mal sucedidos, pagamentos não honrados, mortes maternas e/ou neonatais deixavam de ser resolvidos no âmbito doméstico, familiar, vicinal.

Assim, participar dos cursos, usar uma *bolsa de aperparos*, conhecer a tabela de preços, saber cobrar pelo serviço realizado, reconhecer *partos de risco* e saber para onde encaminhá-los eram vários dos *saberes* que estas parteiras urbanas alegavam reunir,

em comparação com suas colegas do interior ou com aquelas da cidade que resistiam aos treinamentos. Esse capital simbólico também servia para justificarem seu preço para se distinguirem de colegas menos graduadas:

Lá onde eu moro, a outra parteira se chama Carmem. Ela só fez três partos até hoje. Ela é mulher de um primo meu. Não tem treinamento. Ela tem medo de atender. Quando lhe chamam, não vai. [...] Um homem lá [...] achou difícil pagar R\$60,00 pra mim e chamou a Carmem. Mas ela ficou nervosa. (D. Ester)

Tem uma lá que atende por menos, R\$20,00 e todo mundo vai com ela. A gente atende por R\$60,00. E ela lá não fez curso nenhum. (D. Lucinda, parteira do interior de Melgaço)

Em suma, os cursos – principalmente como importante marcador de distinção – ajudavam a valorizar seu trabalho, a aumentar sua expectativa em receber por ele e a deflagrar uma intensa indignação ao serem logradas com *lobas*. Uma vez na cidade e, sobretudo, treinadas, estas parteiras se sentiam diferentes.

7. Comentários finais: Um rumo além das dicotomias

Na cidade e também no interior de Melgaço, como já vimos, um altruísmo voluntário era raro. No interior, mesmo quando não recebiam uma retribuição pecuniária, os atendimentos eram arrolados num sistema de crédito informal e pessoal. Já na cidade, notei que as parteiras com *dom*, geralmente as católicas [como também notou Silva (2004: 116)], também seguiam a tabela dos R\$60, mas algumas titubeavam no momento de cobrar dos *maus pagadores*. Em comparação às evangélicas, sobretudo, as parteiras católicas tendiam a levar mais *lobas*. Em resposta a isso, notei dois fenômenos. Primeiro, *menos* parteiras, sobretudo as mais jovens que haviam começado a trabalhar já na cidade,

associavam sua iniciação no ramo ao *dom*. Dadas as novas situações, em termos de hospitalização, monetarização, conjugalidade e concorrência, parece que as parteiras aprendiam a manusear várias entradas iniciáticas no ofício como estratégia para ampliar sua capacidade explicativa acerca de sua *expertice* e, assim também, sua desenvoltura no cenário obstétrico da cidade.

Como o fenômeno nacional, uma forte pentecostalização vinha se fazendo presente também em Melgaço e municípios vizinhos. Pesquisas têm mostrado que esse é um cenário favorável para um relacionamento menos contraditório com trocas comerciais e monetarizadas (Cf. Oro, 2003). De alguma forma, havia uma tentativa de dessacralizar o ofício, menos ligado ao *dom* e ao catolicismo. Mas isso não significava, como asseguram os seguidores da lógica dos *Mundos Hostis*, como Zelizer (2005) denomina esta incompatibilidade entre o sagrado e o capital, que a relação entre parteiras e pacientes se tornasse mais impessoal e distante. Julgo que ambos os aspectos, isto é, a amplitude explicativa da iniciação e a tendência protestante da região contribuía, primeiro, para isentar a parteira de creditar sua capacidade técnica somente à esfera do divino; segundo, para viabilizar uma relação mais naturalizada com o dinheiro, a ascensão social e econômica, o investimento em planos individuais; e, terceiro, para alojar, em meio às concepções e práticas que traziam do interior, as informações e os significados que aprendiam nos cursos e na cidade.

Com a presença constante dos cursos, estas parteiras passaram a ostentar *bolsas de material*, a exhibir uma linguagem específica que compreendia termos ligados à saúde reprodutiva biomédica (e.g. *risco*, *eclampsia* etc.), à organização política da categoria (e.g. *associação de parteiras*, *estatuto*, *livro de atas*, *CNPJ*, *remuneração* etc.) e à esfera jurídica (e.g. *acusação*, *Fórum*, *audiências* etc.). Outras autoras encontraram inovações correlatas.

No decorrer dos encontros fomos percebendo que no início as parteiras falavam do “ato de partejar” não como profissão, mas como um ato de solidariedade. No final das entrevistas, já falavam de “nossa profissão”, “nossa

remuneração”, “nosso reconhecimento pelo Estado” (Barroso, 2001: 18).

No interior, D. Dorca e suas colegas *ajudavam*, já na cidade *atendiam, faziam um serviço*. Antes, passavam dias com uma única *mulher com dor*; agora cada uma tinha suas pacientes. Como outros trabalhadores autônomos, como os *carreiros*, pescadores e barqueiros (Pacheco, 2004), julgo que as parteiras de Melgaço tentavam fazer avançar um processo muito próprio de algo semelhante mas não exatamente à profissionalização.

Elas modelavam a entrada do dinheiro para atender às necessidades de sua prática e sobrevivência. E não o contrário, como a literatura específica tem argumentado, isto é, conformar a prática e os valores ao pagamento. Como Zelizer ajuda a nos mostrar, a profissionalização – incluindo, dentre tantos outros novos aspectos, a retribuição negociada e pecuniária – não necessariamente impessoaliza, homogeneiza, esfria e distancia o serviço oferecido pelas parteiras. Traziam, de suas viagens e participação em cursos, atualizações que precisariam ser negociadas para serem implantadas na cidade. À frente de muitos de seus parentes e vizinhos, elas me pareciam personagens que, mais e mais, assumiam o papel de mediar os desafios que as novas configurações do espaço, da intimidade, das transações comerciais e da tecnologia propunham a todos. Distavam, portanto, da imagem frágil e incauta que a literatura vem teimando em lhes atribuir. Não eram, definitivamente, alvos fáceis da “contaminação nociva” do capitalismo, do dinheiro, do lucro. Elas tentavam encontrar formas de continuar a partejar e, ao mesmo tempo, sobreviver material e simbolicamente. O esforço diário que eu via D. Dorca empreender era nesse sentido: atender as mulheres que não podiam ou não queriam recorrer ao sistema oficial de saúde, trazer *boia* para alimentar seus netos e mãe octogenária quando o *seu* Benedito não conseguia vender farinha suficiente, comprar remédio para sua pressão alta quando a Unidade de Saúde dizia simplesmente que a farmácia não havia sido reabastecida. Fazer partos e *puxações*, oferecer chás e emplastros, ensinar como estancar uma hemorragia ou curar

uma *rasgadura* era o que ela melhor sabia fazer. Era a especialidade que tinha acumulado ao longo de seus 64 anos de vida, à época. E ela não achava que se “corrompia” ao oferecer esse saber adiante. Sua contribuição naquela comunidade fazia todo sentido para aquelas pessoas.

Parece que não havia uma ideia de que o partejar remunerado “profanasse” sua própria ontologia e isto se devia, ao meu ver, à centralidade do laço entre a parteira e a paciente. Mais na cidade do que no interior, era possível driblar sua intermediação entre parteira e paciente apesar dos homens continuarem a gerir as transações comerciais e financeiras.⁴⁰

Investia-se no laço, acima de tudo, porque eram as mulheres que *embarrigavam*, como lembrou acima Genilde, caçula de D. Dorca: “Se fosse eu, eu ia pagando desde que eu engravidasse. Quem precisa é a gente e não o homem. Na hora da dor, é a gente que sofre”. Eram elas que precisavam das parteiras para as puxarem, ajudarem com abortos, adiantarem ou atrasarem um parto, conseguirem uma ama de leite quando o *peito secava* etc. Essas mulheres só podiam contar, na hora do *aperreio*; elas não tinham muitos recursos, desenvoltura nem desejo de frequentar hospitais, não contavam com uma rede de parentela local quando eram migrantes recentes para Melgaço, nem sempre conseguiam convencer seus maridos a destinarem algum dinheiro para a parteira etc. Meus dados indicam como a relação entre as *buchudas* e as parteiras era dotada de muita proximidade e confiança, e a profissionalização e a monetarização não pareciam ser um empecilho para que assim perdurasse. E,

40 Algumas pesquisas demonstram que é comum o marido entregar todo seu salário para que a esposa o administre (e.g. Sarti, 1996: 72). Em sua pesquisa com grupos trabalhadores da periferia paulistana, Sarti lembra, inclusive, que controlar e esticar o dinheiro são duas das atribuições femininas no cuidado da casa (*ibid*: 41). Em Melgaço, mais parecido com o que as informantes de camadas populares de Fonseca (2004: 70) e Machado (2003) lhes disseram em Porto Alegre e Caldeira, em São Paulo (1984: 106), as mulheres *não* gerenciavam direta ou totalmente a renda trazida pelos seus maridos. Além de serem responsáveis por conseguirem o dinheiro, eram os homens que deveriam aprender e saber *organizá-lo* (i.e. como poupar, honrar os pagamentos, fazer economia), como parte, inclusive, do processo de socialização masculina.

no Capítulo 4, veremos como esse laço é prioritário, sobretudo em momentos críticos.

Assim, por algum tempo, me debati para tentar classificar o trabalho das parteiras como um presente ou como uma mercadoria vendável, como dádiva ou como item de mercado. Pelo fato desta troca ser cada vez mais mediada por dinheiro e pela razão das parteiras geralmente oferecerem seu trabalho quando são *contratadas*, por algum tempo considerei que não se tratava de uma dádiva nos termos maussianos.

Em alguns momentos, Mauss assegurou que os

presentes não servem ao mesmo fim que o comércio ou a troca nas sociedades mais desenvolvidas. O fim é antes de tudo moral, o objeto é produzir um *sentimento amistoso* entre as duas pessoas em jogo e se a operação não tivesse esse efeito, teria falhado por completo (1974[1923-24]: 70, ênfase minha).

Segundo Lygia Sigaud, Mauss chegou a esboçar uma hipótese de que os grupos descritos em seu *Ensaio* ainda não haviam atingido a fase do “contrato individual puro no qual circula dinheiro” (1999: 97). Contudo, em outros momentos, o mestre francês disse, como lembrado no início desse capítulo, que o comércio também está compreendido entre as dádivas:

Esse sistema de presentes contratuais em Samoa estende-se muito além do casamento, acompanha os seguintes acontecimentos: nascimento da criança, circuncisão, enfermidade, puberdade da jovem, ritos funerários, comércio (1974[1923-24]: 49).

Marcos Lanna, em um artigo especificamente sobre o *Ensaio*, lembra que Mauss definiu a “dádiva” de *modo bastante amplo*: presentes, visitas, festas, comunhões, esmolas, heranças, serviços, prestações (2000: 175).

Antes que eu tentasse classificar o que se passava entre as parteiras e as famílias atendidas, Mauss me ajudou a perceber

que eu não precisava optar por apenas um dos lados. Mesmo os presentes mais altruístas demandavam (por conta do *hau* que veiculavam) uma retribuição: “não existe a dádiva sem a expectativa de retribuição” (Lanna, 2000: 176). Mauss reconhecia que os trobriandeses, por exemplo, trocavam de forma “híbrida”: a prestação tinha, por um lado, um caráter “puramente livre e gratuito” (Sigaud, 1999: 97) e, por outro, uma “produção e uma troca puramente interessadas na coisa útil” (*ibid*). Lanna explica que “as trocas são *simultaneamente* voluntárias e obrigatórias, úteis e simbólicas” (2000: 178, ênfase minha). Um retorno certamente será dado, com ou sem vaidades individuais e interesses econômicos envolvidos por parte do doador e do receptor. “Se a dádiva também é comércio, ela não é exclusivamente nem principalmente comércio; seria apenas um de seus sentidos, seu aspecto econômico” (*ibid*: 182).

Com ou sem dinheiro, o importante para meu ponto nesse capítulo é resgatar de Mauss a possibilidade de que dádivas também sejam oferecidas por interesses pessoais e não somente por “sentimentos amistosos” ou “fins morais”. Além disso, o serviço trocado é apenas uma das “materialidades de um laço social”. Assim, considero pertinente sustentar que em Melgaço, entre parteiras e maridos de gestantes, existisse uma “prestação contratual” como observada por Mauss em Samoa. As parteiras ofereciam seu serviço como uma dádiva, pois acreditavam que as parturientes precisavam de sua presença e não poderiam deixar de atender já que foram dignas do *dom de Deus*, da herança de uma parteira mais velha e experiente, de um curso que lhes treinou; mas também definiam seu trabalho como meio para garantir o ganha-pão da sua própria família. E tal ambivalência se assemelha mais ainda ao *Ensaio* dada a própria posição de Mauss em relação ao mercado. Segundo Lanna, o autor demonstrou que o mercado enfraquecia a dádiva, mas também que o mercado carregava sempre a dádiva em sua lógica. Em suma, Mauss lembrou que a todo tempo havia uma plena convivência entre essas duas pontas. Além disso, ao longo de todo o *Ensaio*, Mauss nos sugere que não mistifiquemos a dádiva, purificando-a de

conflitos, interesses espúrios, usura, por exemplo. Ele segue uma linha mais complexa e interessante do que sucumbir às dicotomias; opta por uma posição ampla o suficiente para também contemplar trocas mediadas por dinheiro, por indivíduos, por interesses econômicos, por exemplo, e não somente por presentes, coletividades e amistosidade. Assim, Mauss se aproxima da ideia das *Pontes*, de Viviana Zelizer, em sua campanha, digamos, anti-Mundos Hostis.

Os *termos* de reciprocidade mudaram em Melgaço, mas a *reciprocidade* permanecia como epicentro fundador das relações entre parteiras e suas pacientes, mesmo que o dinheiro e a sobrevivência também fossem imprescindíveis. Apesar das configurações quanto ao patrimônio, trabalho e tempo serem um tanto diferentes no cenário urbano, as parteiras pareciam estar tentando adaptar essas novidades à premência do vínculo social e não o contrário. O dinheiro, por exemplo, era mais uma modalidade pela qual seu trabalho poderia ser retribuído e consistia numa novidade urbana esperando algum tipo de assimilação. Estas mulheres pareciam estar tentando construir um novo conjunto de definições e balizas para ambientar seu trabalho, para continuar a zelar pela vida das mulheres *ao mesmo tempo* que ajudavam a sustentar suas próprias famílias, igualmente pobres.

Estas parteiras não pareciam considerar o laço social e a retribuição como pontas antagônicas, mas facetas que se imbricavam contingencialmente, ora estavam mais próximas, ora mais distantes. Por vezes, uma parturiente era atendida gratuitamente quando o marido estava viajando ou a abandonara, outras vezes uma simples e rápida *puxação* era paga com R\$5,00 o dobro do que geralmente era cobrado já que havia uma dívida antiga com a parteira. Mas havia uma incompatibilidade entre as pontas: as *lobas* eram um início de rompimento. Fui eu que somei os *partos afiados* que D. Dorca listou, naquela conversa que tivemos, eu, ela e sua filha, numa manhã no jirau da casa, e lhe informei o valor total. Ela não sabia exatamente quanto lhe deviam, mas podia enumerar de trás para frente *quem* lhe devia, *por qual* serviço realizado e *quando* o havia oferecido. Acho que

a gravidade das *lobas* se sustentava porque, mais do que o valor propriamente dito, o *mal pagador ignorava* a dívida, a parteira e seu trabalho. Era à *falta de consideração* que essas parteiras mais aludiam quando me contavam de seu ressentimento sobre as *lobas*. D. Dorca não sabia quanto lhe deviam ao todo e tampouco havia planejado como gastar os hipotéticos R\$1.340,00. O que importava é que não haviam pagado e sequer aventado alguma outra forma de lhe retribuir pelo atendimento, como lembrou entristecida:

Eu me sinto mais ressentida com quem diz que vai pagar e não paga ou que fala para eu passar na casa deles para pegar o dinheiro e eu vou e não têm ainda. Do que com quem não paga nada ou paga pouco.

Mais do que retribuição pecuniária, era a retribuição social que precisava ser valorizada.

Por essa razão, eu notava que as pessoas que mais se esforçavam para honrar um parto atendido eram aqueles que desejavam, acima de tudo, manter os *laços* com a parteira. Mônica e sua família, por exemplo, eram muito pobres e dificilmente poderiam contar com contatos entre médicos, funcionários da prefeitura ou barqueiros que lhes facultassem o acesso e o bom atendimento no hospital de Breves; Josiane não tinha um marido; Cristine estava sempre sozinha já que o marido trabalhava durante longos períodos pelo interior; Nara só paria com cesarianas e não conhecia como transitar pelas cidades maiores etc. Nem sempre em dinheiro, nem sempre por uma figura masculina, o que importava era que mulheres como estas retribuíssem o atendimento oferecido por D. Dorca logo após o mesmo ou em parcelas suaves mas confiáveis.

A figura da parteira não existia em si mesma, existia apenas numa *relação*. É um ofício que depende da interação entre duas mulheres, duas famílias, duas vizinhanças. E o reconhecimento de sua atuação, o reconhecimento do *mana* de sua parentela e do *hau* do seu atendimento eram o que explicitava esta relação. Por isso, o rompimento, na forma do *parto afiado*, da *loba* ou não con-

tratar a parteira, era tido como grave. A forma como o partejar se transformava em mais um item de uma complexa trama de reciprocidade revelava os contornos do trabalho destas mulheres e as transformações pelas quais passavam no espaço urbano. Mas essa transição estava longe de estar completa. Algumas parteiras continuavam a eximir suas filhas de pagamento, enquanto outras já incorporavam-nas como clientes. Um^as levavam os *maus pagadores* ao fórum de justiça; algumas cortavam relações com eles; outras ignoravam as *lobas* e atenderiam a mesma família quantas vezes fosse necessário. A desnaturalização, monetarização e a profissionalização desta atividade não acometiam de forma homogênea todas as parteiras. Mais do que mudar radicalmente, estas personagens eram desafiadas a inventar uma forma de equilibrar as demandas de sobrevivência e de solidariedade no interior e na cidade de Melgaço. Dois tempos, dois espaços, duas formas de partejar, duas naturezas de trocas – uma mesma parteira com uma mesma prioridade: o cuidado com a *buchuda*.

• C A P Í T U L O Q U A T R O •

Parto para casa ou parto para hospital: Aperreios, riscos e o local do parto como “território social”

O lugar onde uma mulher melgacense dava à luz muito poderia comunicar sobre como o parto e o nascimento e, especialmente, os riscos e perigos eram concebidos por essa comunidade, sobre as alternativas de espaço físico e atendentes dos quais dispunham, sobre os requisitos considerados para que o desenrolar desse evento fosse positivo. Mais do que tudo, o lugar de parir era permeado por significados muito específicos a respeito do campo de forças desta localidade. E, inspirado pela ideia de “território social” de Fiedler (*apud* Whitakker, 1999), esse capítulo pretende considerar as percepções variadas de risco e *aperreio*, atentando em particular para as decisões sobre onde, porque e com quem se paria em cada uma das alternativas disponíveis às mulheres de Melgaço.

A princípio, elas tinham seus filhos em casa ou nos hospitais da região. Quando a expectativa se invertia, isto é, o parto era *para casa* e, ao final, acontecia no hospital (ou vice-versa), era justamente quando se percebia que os problemas se instauravam. Claro que havia ainda relatos de partos que acontecem literalmente entre esses dois polos, isto é, no trajeto entre a casa e o hospital (ou vice-versa), sobre um carroto, dentro de um barco ou um táxi. Como já comentei e descrevi, em várias passagens dos capítulos anteriores, as dinâmicas do espaço doméstico, vejamos agora as instituições hospitalares disponíveis às mulheres melgacenses à época da pesquisa.

Havia o Posto de Saúde, conhecido como *postinho*, onde duas enfermeiras e dois auxiliares de enfermagem, em horário comercial, ofereciam consultas de rotina (pré-natal, inclusive), marcação, encaminhamento e devolução de exames e atendimentos gerais

(curativos, medicação etc.). Havia uma Unidade de Saúde, chamada simplesmente de *unidade*, um hospital de atendimento primário, com um médico, dois enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de odontologia e alguns poucos funcionários administrativos e de serviços gerais. Em 2005, durante a minha segunda estada na cidade, com uma nova gestão, a *unidade* passou a oferecer atendimento 24 horas por dia, em regime de plantões alternados entre os profissionais de saúde. Os partos que aconteciam na *unidade* dispunham de uma sala de parto e dois leitos que, entre vários outros problemas atendidos, também abrigavam mulheres convalescendo em pós-parto. Um novo hospital de atenção secundária, com várias salas e especialidades, estava quase pronto. Havia dois hospitais públicos de atenção secundária, um em Breves e outro em Portel (cidades equidistantes de Melgaço, a cerca de duas horas de viagem em um barco pequeno). Em ambas estas cidades, havia também clínicas e pequenos hospitais privados e, em Belém e Macapá, principais metrópoles da região, havia vários hospitais de todos os níveis de assistência, renome e preço.

No entanto, a observação cotidiana e as estatísticas comprovam que, à época, a maioria dos bebês melgacenses nascia na casa da parturiente, de alguma parenta, vizinha ou da própria parteira, como apontam os dados colhidos nos livros de registros do Cartório da cidade:

Tabela 1. Nascimentos registrados em Melgaço de 2003 a 2005 (%)

Local de nascimento	2003	2004	2005*
Crianças nascidas em casa	69.3	62.5	61.6
No interior do município	33.4	22.9	25.1
Na sede do município	35.8	39.5	36.4
Crianças nascidas em hospitais	29.3	37.5	38.3
Unidade de Saúde de Melgaço	6.5	8.8	14.4
Hospital Municipal de Breves	14.8	15.1	11.3
Hospital Municipal de Portel	6.0	9.8	6.9
Hospitais em Belém	1.3	2.6	3.7
Outros hospitais	0.4	1.0	1.8

Fonte: Cartório de Melgaço

* Dados disponíveis até 25/10/2005.

Esses números precisam ser relativizados porque havia muitos bebês que só eram registrados quando seus pais vinham à cidade e, assim, cada ano não contemplava exatamente todos os nascimentos que haviam acontecido no mesmo. Assim, havia um contingente de crianças que haviam nascido nas casas do interior do município, mas que não estavam representadas nessas estatísticas. De forma estimativa, portanto, a casa era o destino majoritário dos partos na cidade, embora houvesse uma paulatina queda da eleição desse local, como visto na Tabela 1. O lugar privilegiado da casa no imaginário dos moradores em Melgaço era, até aqui, apenas um dado inicial, pois os partos que mulheres, suas famílias e parteiras enfrentavam aí dentro eram uma segunda e muito mais complexa realidade e, neste capítulo, pretendo explorar um pouco mais os bastidores destes números.

O primeiro objetivo, aqui, é retomar quatro partos de todos que eu tive a chance de observar e participar para ilustrar e discutir as quatro possibilidades supracitadas, isto é, “*parto para casa* que acontecia em casa” ou “que acontecia no hospital” e “*parto para hospital* que acontecia no hospital” ou “que acontecia em casa”. Quatro mulheres atendidas por D. Dorca – Josiane, Beatriz, Nara e Acácia, respectivamente – me ajudarão nesse trajeto. Segundo, desejo mostrar como o “local do parto” era apenas um atalho para significar os espaços onde os contextos reprodutivos eram negociados, as relações que a comunidade e as parteiras travavam com a saúde oficial e como as noções de “risco” e “perigo” eram associadas à gestação, ao parto e ao puerpério.

As 22 parteiras da cidade classificavam os partos em *fáceis* e *difíceis*. O interessante, a meu ver, é que essas noções não necessariamente lhes causavam medo ou insegurança – bastava que o destino espacial do parto estivesse muito claro para todas as partes. E, mais do que isso, bastava que a “pessoa certa” atendesse cada tipo de parto. Assim, primeiro, *fácil* e *difícil* assumiam contornos muito próprios e, ao mesmo tempo, quase sempre distintos do que encontramos no sistema biomédico, e, segundo, não havia

um paralelo compulsório entre *parto fácil* e casa e, por outro lado, *parto complicado* e hospital. Os dados etnográficos nos ajudarão a compor uma ideia mais detida de *parto fácil* e *parto difícil*.

1. Josiane

Josiane tinha três filhos. O primogênito lhe visitava várias vezes ao dia, mas era criado pela avó paterna, com quem também morava Plínio, ex-marido de Josiane e pai destes três filhos. O segundo filho era criado pelo avô materno, no interior do município. E a caçula de 6 anos, Amanda, morava com ela numa pequena casa de madeira com cama de casal, sofá, geladeira e fogão. Plínio, que trabalhava como pedreiro na prefeitura, pagava pensão para os filhos. Os pais de Josiane eram separados, e sua mãe e duas irmãs trabalhavam em Brasília como empregadas domésticas. Josiane trabalhava como servente na Unidade de Saúde. Em 2004, ela começou a namorar Júlio (primo de Plínio) e em 2005 engravidou. Quando conheci Josiane, ela me explicou por que tinham se separado no seu sexto mês de gravidez: “O Júlio passava o dia todo no videogame. Quando fechavam a loja, ia jogar baralho e voltava meia-noite. Mandei ele pastar”. Depois que passamos a conviver mais, sobretudo durante seu puerpério, Josiane me disse também: “Ele tinha muito ciúmes dos meus plantões na Unidade. E olha que nem eram noturnos. Ele achava que eu ia lá dentro pros quartos com os homens”. A mãe de Josiane também era parteira:

Quando a mamãe foi embora pra Brasília, disse assim pra mim, “Olha, minha filha, não arruma mais filho porque eu não vou estar aqui. Mas se tu arrumar, primeiramente Deus e depois a irmã Dorca. Eu só confio nela”.

Assim que sentiu os primeiros sintomas, Josiane chamou D. Dorca para lhe *puxar* e confirmar a suspeita de gravidez. Desde então, a parteira, que vivia na mesma rua, lhe acompanhou durante toda a gestação. Apesar de trabalhar na Unidade, Josia-

ne estava decidida a não ter seu filho ali. Na noite do dia 17 de novembro de 2005, Josiane voltou cansada da Unidade. Deitou para tirar uma soneca antes da novela. Segundo ela, sonhou que paria e, para seu espanto, as contrações lhe acordaram. Com dificuldade de caminhar, ela bateu na janela da vizinha e pediu que seu marido chamasse D. Dorca, que chegou minutos depois. “O parto foi rápido, quando cheguei, a cabeça tava pra fora já”, me explicou D. Dorca. Josiane teve um menino gordo e cabeludo que chamou de Júlio Jr. Lavar a roupa e preparar as refeições nos três dias consecutivos ao parto foram as tarefas da parteira. Durante estas visitas, Josiane nos contou, entre sorrisos satisfeitos e tímidos, que Júlio aparecera novamente e garantiu dar tudo que ela, a casa e as crianças precisassem. D. Dorca lhe perguntou se o aceitaria de volta. “Só se for do meu jeito agora. Ele tem que trabalhar, ajudar, trazer dinheiro pra casa, comprar as coisas. Só se for assim”, nos disse.

1.1 Alguns elementos que configuram um *parto fácil*

Como muitas mulheres de Melgaço e das cidades vizinhas, Josiane teve todos seus quatro filhos em casa, assistidos por uma parteira. E ela cresceu vendo de perto o trabalho de sua mãe, Maria Santana (conhecida como “Santana da Farmácia”, já que manteve um destes estabelecimentos enquanto morou em Melgaço), que foi uma parteira bastante conhecida e buscada até se mudar para o Centro-Oeste em busca de melhores chances de emprego e renda. Além do costume e da familiaridade com o trabalho das parteiras, Josiane reunia ainda outros elementos que contribuíram para que esse parto acontecesse em casa. Dois de seus filhos estavam sendo criados pelo seu pai e pela ex-sogra, respectivamente, e recebiam pensão alimentícia de seu ex-marido. Essa redistribuição das crianças lhe facilitava assumir a casa e os dois filhos mais novos que estavam sob sua responsabilidade, Amanda e, agora, Júlio Jr. A princípio, um

ex-marido poderia ser um entrave ao parto domiciliar, quando, por exemplo, expressasse seus ciúmes em relação ao novo companheiro da ex-mulher ou quando não contribuísse com a *despesa* mensal dos filhos anteriores. Mas, como o caso mostra, um bom relacionamento com a família afim poderia ser útil, sobretudo no caso de Plínio e sua família, que contavam com trânsito na prefeitura: seu irmão era vereador, e sua irmã, funcionária da biblioteca pública.

O fato de Josiane não contar à época do parto com Júlio, seu segundo companheiro, deixava D. Dorca um pouco preocupada, pois (como será visto nos três casos adiante) os homens – maridos, irmãos, sogros – eram personagens importantes para, entre outras coisas, mobilizar recursos no traslado emergencial de uma parturiente até o hospital local ou de outra cidade. Por outro lado, a ausência de Júlio conferia à Josiane certa autonomia para planejar seus gastos. (Ela mesma lembra que ele gastava seu pouco dinheiro em jogatinas. E me foi contado por vizinhos que Júlio *tirava bebida no mercantil na nota da Josiane.*) Assim, só dependia de Josiane organizar os custos necessários para que seu parto acontecesse em casa, como ela me explicou: “Se eu não enrolar no pagamento, eu vou ter em casa. Se eu conseguir pagar todo meu crediário, chamo D. Dorca”. À primeira vista, poderia parecer mais difícil a uma mulher solteira *contratar* os serviços de uma parteira já que o orçamento doméstico dependia de apenas um salário. Josiane demonstrava, contudo, como havia mais gerência do orçamento sem a presença de um marido, mesmo que essa renda fosse menor. (Uma outra parteira bastante procurada na cidade, D. Tapuia, reforçou esse ponto, ao me dizer: “As mulheres sem marido pagam melhor que os homens. Elas já têm na rede pra me dar. Acabo de fazer o parto e elas já puxam o dinheiro e me pagam. Guardam dentro da rede”).

Em geral, quando havia uma união conjugal, eu observava que os maridos concordavam com suas esposas ao escolher uma parteira ou o hospital. Mas dificilmente a mulher tomava essa decisão sem consultá-lo (como foi visto no Capítulo 3). E, muitas vezes, mesmo havendo um *bom marido*, isso não significava que estivesse

presente nos momentos em que decisões cruciais fossem demandadas (onde parir, como mudar de lugar e, caso fosse necessário, como viajar até outra cidade etc.). Um *bom marido*, ideal sempre almejado, era aquele homem que *não bebia ou perdia no carteadado o salário do mês nem dava porrada na mulher e nos filhos*. Além disso, deveria fazer de tudo para levar a mulher ao hospital, quando fosse preciso. Deveria providenciar o *dinheiro pro filho*, recurso que custearia a despesa inicial com a criança (algumas peças de roupa, fraldas etc.), a *boia* para a puérpera e o pagamento da parteira. E um dos empecilhos para se recorrer ao hospital era justamente a falta do marido já que, quando presente, ele geralmente se responsabilizaria por organizar o transporte. Mais do que uma presença masculina, a presença de familiares com autoridade (e.g. mãe, pai, sogros, irmã/o mais velho) parecia fazer diferença nas negociações que todos sabiam necessárias ao se precisar dos serviços públicos de saúde e para se chegar até os mesmos.

Às vezes, por não contar com alguém para zelar pela esposa grávida, o marido carregava toda a família quando migrava (temporariamente ou não) para conseguir o *dinheiro pro filho*. Viana, pesquisando tema correlato em Breves, lembra que “as migrações ribeirinhas ocasionadas pela ocupação do marido influenciam nas decisões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres” (s/d: 7). Muitas oportunidades de emprego para homens estavam em seringais, madeireiras, palmitais na área rural dos municípios. Com isso, as mulheres acabavam por descontinuar suas consultas pré-natais e seu contato com a parteira de costume. E pariam sozinhas, em trânsito ou com desconhecidos em algum hospital. Como espero ter ficado claro no Capítulo 3, o parto, domiciliar ou não, estava muito diretamente condicionado pelas relações de gênero. E, nesse primeiro caso que estamos analisando, Josiane se encontrava num momento bastante conveniente frente às figuras masculinas: contava com uma distância respeitosa e útil do ex-marido, uma reaproximação cuidadosa e negociada com o atual companheiro e o apoio do pai que, no interior, cuidava de seu primeiro filho. Por tudo isso, tinha mais trânsito para organizar seu salário, sua casa, seus filhos e suas escolhas.

Contudo, não só de autonomia gozava Josiane. Parir em casa também foi facilitado porque ela seguia o que denomino de *etiqueta obstétrica local*. Ela contou com o acompanhamento de uma parteira durante toda sua gestação e essa mesma parteira já conhecia seu histórico reprodutivo, porque assistira o parto de Amanda, sua caçula, que tinha sido *fácil, rápido e sem complicações*. E ser *rápido e sem complicações* eram duas características fundamentais para definir um *parto fácil*. Nas visitas, além das *puxações* (como visto no Capítulo 2), as parteiras também tinham a chance de conhecer o contexto familiar daquela *barrigada*: presença ativa de um marido com emprego, rede social para apoio antes e depois do parto, crianças bem alimentadas e comparecendo à escola, motivos complicadores (adultério, violência, incesto) etc. E as parteiras se certificavam ainda se a mulher estava comparecendo às consultas de pré-natal no *postinho*.

D. Dorca fora *contratada* por Josiane e a acompanhou durante todos os nove meses com visitas, *puxações* e soluções para eventuais problemas. Por conta dessas visitas, ela pôde conhecer melhor a vida da moça. Sabia que Josiane era uma mãe solteira, mas que seus colegas da *unidade* haviam lhe brindado com um *bêbi chá* generoso, onde ganhou todo o enxoval para o bebê. Sua sogra havia lhe prometido frangos caipiras para as jantas do resguardo. Júlio se comprometera com as *despesas* de Júlio Jr. Josiane definitivamente não estava *sozinha* em termos de sustento, afeto e infraestrutura. À primeira vista, a configuração doméstica de Josiane poderia tornar esse *parto difícil*, mas a presença de redes paralelas compensaram sua relação conjugal instável. Esse caso ilustra a ideia de *parto fácil*, geralmente associado à convergência de fatores positivos (inclusive, o cumprimento da “etiqueta obstétrica local”) e à presença de personagens relevantes.

Parir em casa e contar com o apoio de redes de parentela, vizinhança e trabalho, como foi o caso de Josiane, também apresentava vantagens durante o resguardo. D. Dorca lavou toda roupa suja da casa e preparou as refeições nos primeiros três dias após o parto. Depois, a filha ou uma vizinha solidária ajudaram nestas tarefas. Estar em casa também facilitaria con-

tar com amas-de-leite, já que o colostro dos primeiros dias era desvalorizado entre as mulheres de Melgaço, como vimos no Capítulo 2. Por fim, em casa, Josiane também recebeu visitas, comida, presentes e teve sua recuperação acompanhada de forma personalizada, principalmente pela sua parteira. A principal razão para parir em casa, então, foi *não ficar sozinha*. A **solidão** no parto, especialmente no espaço hospitalar, era um temor frequentemente encontrado em Melgaço e também em outras etnografias (e.g. Fiti-Sinclair, 2003). Havia uma gama de ideias pejorativas associadas ao hospital e esse quadro também contribuía para a escolha do espaço doméstico. Josiane, pelo fato de trabalhar e conhecer a *unidade* de dentro, e Beatriz, o próximo caso, por ter recorrido ao hospital contra sua vontade, muito me ajudaram a entender os motivos para se evitar tal espaço.

2. Beatriz

Beatriz, uma moça com traços indígenas, tinha apenas um filho, que nascera de parto cesariano no hospital de Portel. Para sua segunda gestação, D. Dorca tinha sido *contratada* por Carlito, sogro da moça e dono de uma pequena mercearia local, já que o casal vivia sob seu apoio. Era mais um parto que prometia ser tranquilo, previsível e domiciliar. Antes que o sol raiasse naquela manhã do dia 29 de novembro de 2004, D. Dorca foi chamada até a casa da moça. *Puxou* a barriga de Bia e sentiu que o bebê estava na posição cefálica, ideal para nascer. Além disso, a moça tinha dores e força para empurrar, a casa contava com privacidade, apoio do marido e sogros e também comida. Com o passar das horas, uma coisa passou a preocupar a parteira. D. Dorca sentia que Beatriz tinha uma *pente* muito fechada. A parteira explicou aos afins:

Ela já foi operada da primeira vez. O doutor disse que ela só poderia ter filho assim depois. Ela não tem dilatação. Tem puxo, tem força, mas não adianta nada. Não tem passagem. A gente tem que levá-la pro hospital.

E a sugestão de D. Dorca foi acatada pela família. Primeiro, Beatriz foi levada até a *unidade* na garupa da bicicleta do marido. Lá, D. Dorca não encontrou material nem a equipe médica. O porteiro explicou que Dr. Artur estava dormindo, ressaqueado da noite anterior. D. Dorca lhe pediu que fosse chamar o clínico. Enquanto isso, acalmou Beatriz, que urrava de dor. O médico apareceu cerca de uma hora depois, fez o toque vaginal e disse que o parto progredia normalmente. Segundo ele, não havia nenhuma razão para preocupação. D. Dorca explicou que a moça não dilatava como o esperado e que, se ele não quisesse ajudar, pelo menos lhes dessem um *encaminhamento*⁴¹ para o hospital de Portel. O médico se recusou a fazer isso, repetindo que seria uma medida desnecessária já que, até o início da tarde, o bebê estaria entre eles. D. Dorca chamou o marido e o sogro de Beatriz e lhes pediu para arrumarem um barco. Beatriz repetia que não queria ir para o hospital, tinha medo de lá morrer. Carlito, o sogro, conseguiu o dinheiro⁴² para comprar o combustível, e deixamos Melgaço assim que a parturiente conseguiu caminhar até o porto. No barco, D. Dorca ficou todo o tempo ao lado da rede de

⁴¹ O *encaminhamento* era um documento oficial expedido pelos profissionais de saúde da *unidade*. Com ele, o/a paciente ia até a Secretaria Municipal de Saúde para pleitear alguma *ajuda de custo* para transportar o enfermo. Além disso, a Secretaria precisava consultar o hospital de Breves ou Portel para saber se havia leitos disponíveis. O *encaminhamento* dependia, portanto, de uma cadeia de atores e logística. E, com ele, a Secretaria passava a se responsabilizar formalmente pelo paciente. Havia uma tendência crescente de hospitalização da saúde em Melgaço, mas todo um cálculo prévio precisava ser feito para que um *encaminhamento* fosse expedido. Nem toda demanda para ir até o hospital de Breves era aceita, independente da gravidade do caso. Geralmente, a Secretaria oferecia R\$20,00 para a viagem, muito aquém do que minimamente necessário (R\$20,00 para a passagem de ida e volta, R\$5,00 para o táxi do hidroviário até o hospital, R\$5,00 para o prato feito individual, por exemplo). A Secretaria não contava com um plano de referência nem um barco para agir de antemão em casos definidos como “arriscados”, segundo o pré-natal biomédico. Muitas pessoas que recebiam o *encaminhamento* da *unidade* acabavam recorrendo a vereadores, prefeito, comerciantes com quem tinham um estreito contato para viabilizar, na prática, a viagem. É compreensível que fosse mais difícil a Secretaria Municipal de Saúde disponibilizar um barco às pressas, mas, no caso da gravidez, não ter um barco disponível só contradizia a política de atendimento materno-infantil que o Ministério da Saúde vem tentando arduamente ampliar no país.

⁴² Para ir e voltar de Portel, foram necessários cerca de R\$42,50 para os 25 litros de óleo diesel, a R\$1,70 cada, à época.

Beatriz, vigiando suas contrações e fazendo compressas de água fria em sua testa. O marido e a cunhada não se aproximaram nenhuma vez, ficando na proa do barco para aproveitar o intenso sol da manhã. Foi uma viagem de 90 minutos, mas pareceu muito mais, dado o sofrimento da moça. Ela gemia de dor, gritava, pedia clemência divina, se agarrava à D. Dorca, mudava de posição, chorava. Assim que atracamos em Portel, os barqueiros, junto com o esposo, levaram Bia dentro da rede até o primeiro táxi. No hospital, D. Dorca explicou ao médico: “Ela tem dor e força, mas é estreita demais, doutor”. Este tomou o batimento fetal e já ordenou que a sala cirúrgica fosse aprontada. Depois, se dirigiu à parteira: “A senhora fez a coisa certa, esse bebê estava em sofrimento. Se demorasse mais, ele morria na certa”. (D. Dorca repetiria essa frase do médico várias vezes durante as reconstruções posteriores desse parto, já de volta a Melgaço.) E correram com Beatriz sala adentro. D. Dorca ainda ouviu a moça repetir: “Não, D. Dorca! Não me deixe aqui sozinha! D. Dorca, eles vão me matar aqui dentro! A senhora sabe disso. Por favor, não me deixe!”. A enfermeira pediu que a parteira esperasse ali perto. Pouco depois, o bebê nasceu de uma cirurgia cesariana. O marido foi buscar a mãe da parturiente, que morava em Portel. D. Dorca disse ao marido e à cunhada de Bia que sua responsabilidade ali se finalizava e voltamos para Melgaço.

2.1 Quando um parto *fácil* passa a *difícil* ou como um parto *para casa* acaba no hospital

Assim como Josiane, Beatriz também reunia alguns fatores que viabilizavam um parto em casa. Primeiro, Beatriz tinha seguido a “etiqueta obstétrica local”, isto é, tinha sido acompanhada e *puxada* frequentemente e sua parteira eleita sabia que o bebê estava *maduro* e na posição certa. Segundo, havia uma casa com privacidade, conforto e apoio. Beatriz também contava com a família de seu esposo. As consultas biomédicas pré-natais tinham sido realizadas e nenhum risco biomédico tinha

sido acusado. O que preocupava D. Dorca era a ausência da mãe de Beatriz (personagem valorizado pelas moças da cidade no momento do parto), sua inexperiência em parir e o parto anterior que, contrariando expectativas, terminara no hospital. Mas, para as parteiras locais, nenhum desses fatores eliminava necessariamente a casa como local do parto.

No cômputo geral, segundo D. Dorca, o parto de Beatriz tendia a ser *fácil*, mas, ao final, três fatores o *complicaram* e mudaram a opinião da velha parteira. Para uma *moça de segundo filho*, o parto parecia demorar mais do que o esperado, já que dores muito prolongadas estavam associadas a *mulheres de primeiro filho* (ou *mulheres verdes*) ou *mulheres muito maduras*, em termos etários, que ainda não haviam tido filhos. Além disso, D. Dorca estava exausta porque, na noite anterior, atendera o parto *difícil* de Acácia (o quarto caso neste Capítulo), e Bia seria, assim, a segunda paciente em menos de 12 horas. Ela temia não ter resiliência suficiente para eventuais imprevistos. E, por fim, D. Dorca descreditou da competência e do prognóstico otimista do médico local. Dr. Artur, cansado de uma grande festa promovida por uma das principais famílias *da frente* na noite anterior, anunciara que o parto seria rápido. Parecia que, entre um médico e uma parteira cansados, ela preferia seu próprio serviço. Acredito, assim, que, embora a *pente* de Bia pudesse realmente estar *fechada*, essa foi também uma retórica de convencimento usada pela parteira para que sogros e marido de Beatriz lhe permitissem ir até a *unidade* e depois conseguissem reunir os elementos necessários para ir até Portel. Mas, essa mesma retórica não surtiu efeito com o médico. D. Dorca esperava uma de duas alternativas: que o médico administrasse uma *injeção de puxo* para acelerar a dilatação do colo uterino da moça e permitir que parisse ali mesmo na *unidade* ou que ele a encaminhasse para um hospital vizinho para ser *operada*. Ambos desfechos implicavam em alguma intervenção do *doutor*. D. Dorca e as outras parteiras sabiam que a *unidade* estava geralmente desfalcada dos principais medicamentos. Então, como eu sempre ouvia, “A unidade só serve pra encaminhar”.

O local do parto congregava uma intensa disputa por significados e autoridade. No parto de Beatriz, a parteira acreditava que, no final das contas, uma cirurgia seria necessária. Muito mais comum, no entanto, era encontrar o contrário: parteiras que acreditavam na possibilidade do parto acontecer em casa e profissionais que viam a necessidade de transportar a parturiente até um hospital. Em alguns desses casos, D. Dorca e suas colegas acabavam fazendo o parto enquanto os médicos tentavam providenciar o *encaminhamento*. A discordância sobre a urgência da situação não se resumia ao ritmo do parto, mas também ao tipo de parto, *fácil* ou *difícil*, normal ou cirúrgico, domiciliar ou hospitalar. Discordar das definições biomédicas não passava sem desgaste, e embates frontais com os médicos e enfermeiros, como neste caso de Beatriz, eram bem ponderados na balança das relações locais. As parteiras pareciam preferir não se indispor com os profissionais se não havia barqueiros ou combustível. Por ser uma ilha, deixar Melgaço significava depender de uma cadeia de outras instâncias. Além disso, talvez a parteira precisasse manter esta cordialidade porque sabia que deles dependeria em nome de sua família (e.g. remédios, prioridade na fila, consultas etc.) e eventualmente de futuras parturientes. E, diante da impossibilidade concreta em deixar a cidade, procuravam formas alternativas para reverter a vulnerabilidade enfrentada por suas pacientes. Interessante é notar que apelar a um hospital não desresponsabilizava a parteira pela saúde de sua paciente.

Assim, a gestação de Beatriz não apresentou problemas e tendia para um parto *fácil*, originalmente *para casa*, mas se transformou rapidamente em um parto *difícil* e *para o hospital*. *Dor torta, pente fechada*, médico com ressaca, cansaço da parteira foram fatores que se aglutinaram inesperadamente na hora do parto e, felizmente, Beatriz e sua família contavam com expediente e recursos para seguir a sugestão da parteira. Caso contrário, o parto de Beatriz talvez tivesse acontecido em casa ou na *unidade* com a parteira, já que Dr. Artur estava tão descompromissado. Aqui, acredito que D. Dorca tentava se poupar sem perder sua confiabilidade junto à Beatriz e sua família.

2.2 Os hospitais afastavam e agravavam partos difíceis

D. Dorca e a família de Bia preferiam que ela tivesse parido em casa, mas admitiram que a decisão de encaminhar fora a mais acertada, e a concordância do médico em Portel só confirmou isso. Contudo, resta uma dúvida: Por que recorrer ao hospital se a própria parturiente resistia? Assim que Beatriz adentrou as portas verde-água da instituição, passou a repetir *É aqui dentro que se vem pra morrer*. Beatriz, devido ao seu primeiro parto cesariano, e Josiane, que trabalhava na *unidade*, tinham amargas opiniões sobre as instituições hospitalares, e essa evitação era um amplo consenso entre as mulheres de Melgaço. Mesmo com seu *parto difícil*, Beatriz ainda preferia não recorrer ao hospital.

Os profissionais biomédicos, em geral, acreditavam que o melhor era sempre as mulheres parirem no hospital, no entanto, essa alternativa estava permeada de conflito. Eu percebia uma gama de ideias pejorativas associadas ao hospital que também contribuía pela escolha do espaço doméstico. Quando perguntei à Josiane (do primeiro caso apresentado), ainda no 8º mês de gravidez, por que pariria em casa, me disse: “Porque em casa, a parteira fica o tempo todo com a gente. Não fico sozinha. Na unidade, maltratam muito a gente. Deixam a mulher sozinha, saem, vão almoçar”. *Ficar sozinha*, o contraponto de *ficar todo tempo junto*, era uma situação desvalorizada entre as mulheres melgacenses e geralmente estava relacionada com o parto hospitalar [como também notaram outras pesquisas com parteiras nessa região, Barroso (2001: 69); Pereira (1993: 261)]. Scavone, por exemplo, encontrou ideia correlata entre as parturientes que entrevistou no Maranhão: muitas evitavam o hospital porque “se sentiam menos protegidas afetivamente” (1985: 40). No hospital, acompanhantes não são admitidos, e as parturientes, além de darem conta de suas dores e contrações, tinham que *se virar* em muitas atividades (comer, ir ao banheiro, mudar de posição, caminhar, ligar para casa, arrumar o lençol da cama, procurar um bebedouro etc.).

Além de *ficar sozinha*, outro motivo muito mencionado para evitar o hospital era a presença de *auxiliares*. Josiane me explicou que “As mulheres não gostam de ir pra unidade porque têm vergonha dos auxiliares. Porque os auxiliares são muito conhecidos, são todos daqui, tudo parente aqui da cidade”. A relação com médicos e enfermeiros que vinham de Belém ou outros estados parecia atenuar um pouco essa *vergonha*, pelo menos até o momento que passavam a ser mais conhecidos pela população local. O problema não era se despir na frente de um estranho, como eu supunha, mas, ao contrário, ser vista por um conhecido.⁴³ Havia mais um detalhe no que concerne o atendimento oferecido por auxiliares e médicos. Josiane, com base em suas observações dos colegas de trabalho, disse:

A Dra. Gláucia faz melhor [o parto]. Ela limpa direitinho a mulher depois do parto e transfere ela já limpinha para cama no outro quarto. A enfermeira Luziana é que trata mal. Ela termina o parto e deixa o auxiliar limpar a mulher e o bebê.

Muitas vezes, o parto era atendido pelos profissionais *de fora* e era concluído por um auxiliar local. Josiane também explicou que “Se a mulher chega na unidade na hora de ter, é auxiliar que vai pegar. Não é o médico porque não dá tempo de chamar”. Eu ouvia muito das parteiras da cidade a seguinte frase:

⁴³Pelo que entendi, se uma evitação por questões corporais e de gênero *envergonhavam* os melgacenses para acionar os serviços públicos como a *unidade*, sobretudo no contato com os atendentes, não eram somente estas questões que dificultavam o contato com a equipe de enfermeiros e médicos. Enoque, filho de D. Dorca, depois de um longo dia na roça, só pôde visitar o filho internado na *unidade*, quando voltou em casa, tomou banho e trocou de roupa. D. Zezinha, parteira famosa na cidade, reclamou que, mesmo depois de repetidas visitas e explicações dadas às enfermeiras do *postinho*, as dores que lhe *frechavam* não tinham sido resolvidas. D. Maria, parteira muito amiga de D. Dorca, me disse, certa tarde, entre sorrisos tímidos: “Mas eu falo muito errado. Eu não tenho os dentes e aí sai tudo errada a palavra. É por isso que eu não gosto muito de falar por aí. A Dorca é melhor nisso”. D. Maria, como tantas pessoas com quem eu convivía, sabia que falava “diferente” dos *doutores*, fato que intimidava Éder, D. Zezinha e D. Maria quando circulavam por esse espaço. Observava-se a diferença – entre as *peessoas de trás da frente* – em termos de figurino, linguagem e comunicação.

“Quando eu cheguei na casa da mulher, ela já tava tendo. Não deu tempo de levar na unidade”. *Não dar tempo* significa que, por um lado, a mulher poderia acabar parindo no trajeto até a *unidade* e, por outro, poderia ser atendida por um auxiliar.⁴⁴

Assim, contratempus que surgiam de forma inesperada e súbita poderiam não ser levados à *unidade* dada a evitação dos auxiliares e atendentes; a descrença de que, mesmo se os profissionais estivessem realmente disponíveis, fossem capazes de ajudar; e a repreensão de parteiras e famílias que traziam na *hora de ter* ou quando o caso já estava *grave*.

Não só as mulheres, mas seus maridos tampouco aprovavam a *unidade*. Se elas sentiam *vergonha*, eles sentiam *ciúmes* dos auxiliares masculinos. Como visto, Josiane me lembrou como Júlio reclamava de seus plantões na *unidade* e depois concluiu: “Tem marido que não gosta que as mulheres vão pra lá. Eles preferem pagar a parteira, mas não deixam elas irem”. E talvez por isso a família de Beatriz, por exemplo, tenha aceitado com facilidade quando Dorca acompanhou a moça até a *unidade* e, depois, sugeriu que Portel ofereceria melhor atendimento e talvez mais anonimato por se tratar de outra cidade. Assim, Bia foi poupada duplamente. Parentes e vizinhos que trabalhavam dentro do serviço poderiam facilitar o acesso a filas, consultas e remédios, como Giglio-Jacquemont (2005) encontrou com porteiros e seguranças do Hospital Universitário de Marília, em São Paulo. Contudo, nos casos gineco-obstétricos, ter conhecidos masculinos dentro da *unidade* se transformava num problema.

Assim, percebo que não era exatamente a competência técnica que elegia ou preteria a *unidade*. Para essas famílias *de trás*, o que valia era o significado atribuído pela parturiente e sua família aos personagens que atenderiam o parto. É pela mesma razão que a parteira era chamada: ela fazia sentido dentro desse mundo.

⁴⁴ Embora a Secretaria Municipal de Saúde local aclamasse o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), inclusive como uma oportunidade de emprego e profissionalização às populações do interior do país, eu notava como poderia estar provocando efeitos contrários à esperada hospitalização, já que as mulheres e seus maridos deixavam de recorrer aos hospitais justamente pela presença desses atores (novos no cenário hospitalar, mas velhos conhecidos de todos na comunidade).

Além dos personagens dos hospitais, algumas práticas realizadas rotineiramente ali dentro também eram elencadas como motivos para ficar em casa na hora do parto. O *toque* realizado sucessiva e repetidamente por diferentes personagens era a prática mais criticada. Tanto os *toques* feitos nos hospitais quanto aqueles feitos pelas parteiras eram evitados pelas mulheres, e D. Dorca, que pouco usava a técnica, angariava pacientes insatisfeitas com parteiras e médicos que *dedavam* demais. Outra prática temida e associada ao hospital era *ser cortada* (Scavone, 1985: 41). Episiotomias caseiras ou hospitalares são realizadas, pelo que entendi, por motivos diferentes. Como último recurso em casa, as parteiras *cortavam* as mulheres que não tinham dores ou *puxo* para expulsar o feto ou quando o bebê era grande demais para a *pente* da mulher. As parteiras intervêm somente quando o problema já era percebido concretamente. Segundo D. Dorca, no hospital, a prática se tornou uma rotina preventiva e generalizada, usada de antemão em todas as mulheres para acelerar o parto (especialmente de primíparas), facilitar o trabalho dos médicos e desocupar os leitos.

As más experiências hospitalares [como, por exemplo, me contaram de cesáreas e/ou curetagens uterinas feitas sem anestesia, episiotomias, toques, cesarianas seguidas de laqueadura, mortes maternas etc., igualmente notadas no Amapá por Barroso (2001: 69); e no Acre por Bessa (1997: 143)] ressabiavam as mulheres em relação ao parto institucional. Muitas pesquisas (Morton, 2003: 46; Solomon, 2003: 96) têm mostrado o que eu também notava em Melgaço: o maior temor de mulheres *de trás* que, acostumadas a parir em casa, passavam ao hospital não era tanto a dor de parto, sequelas físicas, medo de perder a autonomia, mas o atendimento e as práticas biomédicas. Ao passo que as mulheres *da frente* da cidade, em geral, professoras e funcionárias da prefeitura, preferiam ir pros hospitais (geralmente, da capital) para receberem anestésias e cesarianas por medo das dores, por acreditarem estar em maior segurança e para realizar laqueaduras consecutivas.

Embora as parteiras reconhecessem que essas histórias não aconteciam somente em Melgaço, ainda assim recorriam às cidades vizinhas, pois acreditavam que se acontecessem estas

violências, seriam com profissionais que não participavam dos seus círculos familiares e de vizinhança, fazendo com que constrangimento, raiva e reação fossem um pouco menores. Nesse complexo balanço, optava-se pelo menos pior (hospitais de Breves e Portel) e, sem opção, recorriam à *unidade*. Para ilustrar isso, como pôde ser visto na Tabela 1, com que abri este capítulo, o número de bebês melgacenses que nasceram no Hospital de Breves em 2005 foi quase igual ao número de nascimentos que aconteceram na Unidade de Saúde em Melgaço. E, em Portel, a uma hora e meia de viagem, nasceu metade do contingente da *unidade*. Como dito antes, o atendimento recebido por essas mulheres *de trás* era bastante semelhante ao que outras mulheres pobres encontram no mundo, como Whitakker descreveu sobre a cidade de Ban Srisaket, na Tailândia:

Em seu movimento entre a vila e o hospital, as mulheres também se movem entre diferentes modelos interpretativos de saúde e doença e entre diferentes relações de poder. Como Fiedler (1996: 195) notou em seu artigo sobre o Japão, “a localização física do parto reflete e cria territórios sociais”, que, em contrapartida, afetam o processo físico do parto e da experiência das mulheres sobre ele. Os movimentos entre o hospital e a comunidade da vila também envolvem movimentos entre diferentes sistemas de conhecimento, prática e relações de poder. A equipe de saúde encontrada no hospital distrital são funcionários públicos, geralmente do centro do país ou com antecedentes sino-tailandês, com aspirações de classe-média que desdenham das mulheres da vila que falam Lao, que vestem saias *phaasin*, marcando claramente sua classe e etnia. A distância social entre a equipe de saúde e os vileiros é mantida e institucionalizada pelos seus uniformes, expressões de tratamento e a organização hierárquica do sistema de saúde governamental. Esperam que os pacientes exibam respeito deferencial à equipe de saúde e ajam como recipientes passivos de seus conselhos. Em Ban Srisaket, muitas histórias circulam sobre a rudeza da equipe hospitalar e a falta de atenção que dispensam aos pacientes. Essas

críticas do cuidado e serviço recebidos nos hospitais focam o fracasso da equipe em oferecer o relacionamento cuidadoso que é culturalmente esperado de curadores. Durante o parto, a equipe hospitalar oferece só o cuidado minimamente necessário aos pacientes e não realiza os muitos atos significativos de cuidado esperados das parteiras (Whitakker, 1999: 225-226).

É bom lembrar que, apesar de críticas e conflitos, as parteiras, na esperança de resolver casos *difíceis*, não deixavam de levar suas pacientes até a *unidade*. D. Dorca, por exemplo, me disse: “Eu gosto de levar minhas pacientes pra *unidade*. Eu me sinto mais protegida e aplicam a injeção”. A evitação da *unidade* se atenuava quando a parteira acompanhava a parturiente, como ela também me lembrou: “Quando a mulher vai com a parteira, é melhor atendida na *unidade* porque todo mundo já conhece a gente”. As parteiras, sugiro, ajudavam, de alguma forma, a atenuar a distância social, as relações de poder, as diferenças de classe e etnia, também identificadas e descritas acima por Whitakker. As parteiras também poderiam contribuir para a aceitação do hospital, quando percebiam vantagens para a saúde da paciente, como no caso de Beatriz, e/ou para seu trabalho, como lembra D. Benedita: “Na unidade, a gente não tem que lavar a roupa do parto, a gente não se suja. E eu, que tenho problema no joelho, posso ficar de pé para atender. Lá tem todo o material”. Importante reter aqui que casa e hospital são “territórios sociais” com marcadores de poder, alteridade e gênero, como Whitakker sugeriu.

Vejam, agora, dois casos que ilustram o *parto para hospital*: apesar de ambos terem se organizado para acontecer no hospital, apenas o primeiro realmente seguiu esse plano.

3. Nara

Nara morava numa casa pequena e muito caprichosa com duas filhas, Eva, 6, e Pituca, de 2 anos. Havia uma cama de casal com mosquiteiro, uma cômoda com frascos de perfume, um

espelho ao lado da cama. Mais adiante, uma mesa de madeira, um fogão novinho em folha, panelas areadas e penduradas na porta do jirau. Nara era uma jovem morena de 20 e poucos anos, com cabelos lisos e longos, sobrancelhas sempre pinçadas e roupas justas e sensuais que não escondiam uma barriga de 6 ou 7 meses. Pantoja, um jovem rapaz local que trabalhava como pedreiro, era o pai da Pituca e também do menino que Nara esperava naquele momento. Mas ele a havia *deixado* por outra moça da cidade poucos dias antes que eu a tivesse conhecido numa das “voltas clínicas” de D. Dorca. A parteira vinha sendo chamada para *puxar a buchuda* sempre que sentia algum incômodo, um cansaço ou o bebê estava mal posicionado. Mas como a parteira recebia os R\$3,00 a cada visita, entendi que não ia atender esse parto (caso contrário, como visto no Capítulo 3, o *pacote* seria pago ao final do parto assistido). “Só tenho cesárea dos meus”, explicou-me Nara, “por isso a tia Dorca só me puxa”. Ela já estava decidida sobre o lugar de seu parto. Para Nara, sua mãe e os profissionais de saúde de Melgaço, as duas cesarianas prévias “definiam” essa terceira. O dilema de Nara, durante esses últimos meses, foi conseguir viajar até Breves para fazer duas ultrassonografias requisitadas pelo *postinho* e, ao final, receber a cirurgia. Eu sempre a via esperando consultas no *postinho*. Ela acenava para mim e me chamava para contar sobre o *encami-nhamento* que estava sendo liberado pela enfermeira ou sobre as sucessivas e conflituosas negociações com Pantoja. Ela precisava de seu apoio, apesar da separação. “Eu trabalhava de empregada doméstica. Parei porque tava pesando muito a barriga”. E, assim, Nara dependia do ex-companheiro para custear o aluguel da casa, a despesa com comida e roupa e, principalmente, os custos de suas viagens até Breves. Durante suas ausências, Eva, filha de união anterior, ficava com a avó materna, que morava também em Melgaço, mas Nara contava com Pantoja para cuidar de Pituca. Mas Pantoja e sua família se indispunham tanto para custear a gravidez da moça, quanto para sustentar Pituca. Nara teceu várias estratégias para conseguir viajar até Breves e parir num hospital. Usava uma lógica muito própria de Melga-

ço para definir sua vulnerabilidade: “Eu tenho que pedir ajuda. Essa é uma gravidez de risco porque eu não tenho marido nem emprego”. E, por fim, eu soube que Nara e sua mãe viajaram para Breves com a condição de ficar na casa de parentes e de a mãe de Nara bater e vender açaí para pagar as contas que elas haviam acumulado nessas viagens e para lhes sustentar nos dias que sucederiam a internação.

3.1 Alguns elementos que configuram um *parto difícil*

Pelo que pude notar, em Melgaço, não era por medo da dor, vaidade ou conveniência de agenda que se pensava em cesarianas, fatores comumente encontrados nos círculos de classe média em centros urbanos maiores. Nara e tantas outras mulheres foram *cor-tadas por cima* com base em duas concepções corporais recorrentes: a) *uma vez cesárea, sempre cesárea*; b) *de cesárea só se pode ter três filhos*. Vejamos em mais detalhe cada uma destas concepções.

Para a primeira ideia, ouvia que algumas mulheres, como Nara e Beatriz, tinham a *pente* muito *fechada* e, por isso, não tinham condições de alcançar dilatação suficiente para a passagem do bebê. A sorte de ambas era não serem primíparas, pois seus partos anteriores serviram para compor e interpretar sua “tipologia” como parideira. Durante as semanas de morosas negociações com Pantoja, eu perguntei à Nara por que não paria ali em Melgaço já que estava difícil conseguir angariar os recursos para viajar. Sua mãe, ao nosso lado, comentou sobre a “tipologia” da filha, que lhe impedia de ser atendida na *unidade*, onde só partos normais podiam acontecer:

Ela só tem de cesárea. A Nara não tem abertura na hora. Ela é assim. Olha como foi o parto da Pituca [segunda filha de Nara]. A Nara teve a dor e chamaram a parteira Luzia. Essa não deu conta e chamou a Jita. A Luzia disse que ela não ia ter abertura. Falou assim, “Olha, consegue um barco e leva a sua filha pra Breves. Aqui

ela não tem”. A gente foi com ela pra unidade. Era o Dr. Artur na época. Ele disse que ela tinha sim, que lá pelas 15h nascia. Eu fui numa amiga minha aqui na frente e ela conseguiu com um ex-prefeito da cidade. Ele colocou uma voadeira para gente levar ela. Foi só eu e ela na voadeira. A gente chegou em Breves às 10h. Às 10:30 já tinha nascido minha neta, já tinha nascido a Pituca. A gente chegou no hospital e eles foram levando a Nara direto pra cirurgia. Tinha uma outra moça que ia ser operada na frente dela. Mas deixaram ela e colocaram a Nara na frente.

Ao final da história, Nara me olhou seriamente e disse: “O bebezinho dessa outra moça que eu passei na frente morreu”. Nara sugeria que ela correria risco idêntico dada a gravidade de seu caso. E lembrar dos últimos partos só ajudava a confirmar seu tipo como parideira: *pente fechada* exigia necessariamente um parto cesáreo. Esse segundo parto de Nara muito se assemelhou ao de Beatriz, anteriormente comentado: o médico local anunciou que o parto poderia acontecer na *unidade*, as parteiras incentivaram recorrer às cidades vizinhas e, sem o devido *encaminhamento* do médico local, a gestante e sua mãe tiveram que recorrer às próprias redes pessoais para viajar e se manter fora de Melgaço.

Nara vinha tentando ser esterilizada desde o segundo parto. E, como sabemos, tentar uma cesárea era também uma estratégia para facilitar a laqueadura (Cf. Berquó, 1993: 373). (Embora no Brasil, como vimos na Introdução, seja ilegal fazer as duas cirurgias de forma simultânea, essa prática era largamente praticada e incentivada pelos serviços de saúde locais). Ela tentou a esterilização quando Pituca nasceu, mas parece que a operação não foi bem sucedida. Assim, o quadro de Nara reunia vários aspectos que definiam seu parto como *difícil* e lhe remetiam ao hospital: *ser* uma parideira com *pente fechada* (e não somente *estar* com a *pente fechada* nessa gestação), o desejo pela esterilização, o incentivo da mãe pelo parto hospitalar e a crise conjugal. É bom lembrar, portanto, que não somente *partos difí-*

ceis poderiam terminar nos hospitais, mas também *situações difíceis*. (No caso anterior, Beatriz tinha uma *situação fácil* – parteira lhe acompanhando até o hospital, apoio financeiro dos sogros para viajar até Portel, mãe vivendo em Portel para lhe ajudar no resguardo – que foi muito importante para desembaraçar o *parto difícil*.) Como se acreditava que uma mulher só poderia ser *cortada por cima* até três vezes – para se evitar o risco à sua saúde, sucessivamente debilitada pelas cirurgias e internações –, Nara sabia que tinha que apostar todas as alternativas nesta sua terceira gestação.

Partos difíceis eram comuns, mas também preocupavam as parteiras. Quando perguntei a algumas delas o que seria ideal para evitá-los, uma resposta em uníssono me surpreendeu: as mulheres deveriam ser *operadas*. Quer dizer, um dos principais objetivos da esterilização feminina, bastante procurada na região, seria poupar as mulheres propensas a partos *difíceis* e não somente evitar aumentar a prole, como geralmente era recomendado pelas autoridades às mulheres mais pobres. O trabalho das parteiras parecia priorizar a saúde e o papel social das mulheres diante do futuro dos bebês.

3.2 *Parto para hospital também precisa de parteira*

A história de Nara revelava como as parteiras também eram acionadas mesmo quando já se tinha optado pelo parto hospitalar. Acredito que a participação da parteira atenuasse um pouco os receios que estas mulheres compartilhavam sobre o hospital e, com as *puxações*, a parteira ajudava a precisar a idade gestacional, constante dúvida entre as mulheres locais. Numa das vezes que D. Dorca foi ver Nara, disse:

É um bebê grande para 6 meses. Você não vai aguentar este filho até os 9 meses. [...] Ele tá quase deitado. Por isso que tava pontuda a sua barriga. A cabeça tá aqui. Mas tava de lado ele. Tá grande e dura a cabeça dele para 6 meses. Parece que é de 7 meses.

Saber o tempo da gestação era fundamental para prever quando e onde aconteceria o parto. No nono mês, a parteira passava a ser chamada mais repetidamente, e um novo movimento do bebê ou uma dor inesperada demandava uma interpretação, disputada e negociada entre parteiras, profissionais de saúde e membros da família. Passei na casa de Nara num dia em que D. Dorca já tinha estado ali de manhãzinha:

Eu senti uma dor no toco da perna ontem. Eu pensei que já fosse dor de ter. Acho que foi a virada da lua. Quando vinha a dor, a barriga ficava durinha, durinha. Hoje já doeu de novo. A tia Dorca veio me puxar de manhã. Ela disse que já tá bem baixo, já tá na hora de ter.

As moças que paririam no hospital precisavam saber com exatidão da data do parto para planejarem sua viagem a tempo de não parir no trajeto e nem esperar muitos dias antes da cirurgia (o que só encarecia ainda mais a viagem).

A parteira era necessária em outra tarefa, como Nara lembrou numa de nossas últimas visitas: “Eu vou precisar da senhora ainda, D. Dorca. Para tirar meu encaminhamento na Unidade. A senhora sabe que só com parteira. Eles querem que as parteiras levem a gente lá”. As moças de Melgaço sabiam que o atendimento na *unidade* melhorava um pouco quando não chegavam sozinhas. As parteiras ajudavam a explicar aos profissionais como vinha sendo a gestação da moça e quais sinais haviam identificado como alarmantes. Isso não garantia necessariamente esperar menos nas filas ou conseguir imediatamente o *encaminhamento*. Era mais uma estratégia para tentar trafegar pelos meandros burocráticos e hierárquicos da *unidade*.

E, finalmente, algumas parteiras eram convocadas para acompanhar as parturientes até o hospital. Quando a Secretaria Municipal de Saúde concedia a ajuda de custo para viajar até outra cidade, permitia que um acompanhante fosse junto à moça. Marido, mãe, irmã ou parteira poderia ser escolhido. Era mais provável uma parteira acompanhar uma paciente com um parto repentinamente destinado para o hospital, como vimos no

caso de Beatriz, do que pacientes que, desde o início, já haviam decidido pelo hospital, como Nara.

3.3 Para resolver um *parto difícil* não adianta só contar com o hospital

Nara, portanto, já tinha resolvido duas etapas importantes de seu parto, o local do mesmo e o *encaminhamento*, a chance-la burocrática expedida pelos profissionais de saúde da *unidade*. Mas, como desejo comentar nesse item, isso não era o suficiente para resolver um *parto difícil*. Nara precisava chegar até Breves e por lá se manter por alguns dias e também precisava ter certeza de que suas duas filhas ficariam bem cuidadas em Melgaço durante sua ausência.

O quadro de Nara era mais complicado do que o de Josiane, primeiro caso comentado nesse capítulo: ambas não tinham marido, porém, mais grave ainda, Nara não tinha emprego nem uma rede de apoio na cidade. Não tinha pai, irmãos e sogros e contava apenas com sua mãe que trabalhava como costureira. Tinha duas irmãs mais novas e ainda solteiras que moravam e eram sustentadas pela mãe. Josiane tampouco tinha parentes em Melgaço, mas suas redes locais conseguiam, de alguma forma, substituir os laços consanguíneos.

Apesar de todo o esforço, ao final, Nara estava praticamente sozinha. Não recebeu os R\$20,00 da SMS, oferecidos somente nos casos de *encaminhamentos* de urgência. Pantoja ajudou muito pouco, e eu acredito que ele tenha ficado *mordido* pela insistência de Nara e uma briga entre esta última e sua nova namorada. Nara e sua mãe não conseguiram mobilizar a atenção de comerciantes e políticos locais como já havia sido feito no nascimento de Pituca. A moça viajou sozinha para Breves, e sua mãe seguiu assim que conseguiu dinheiro para a passagem. O sustento das duas em Breves dependeu dos trocados que a mãe faturou com a venda de açaí, num ponto comercial de um parente na cidade. Como Nara mal tinha recursos para viajar

não pôde aventar a possibilidade de levar D. Dorca para estar ao seu lado dentro do hospital em Breves.

Acredito que Nara e Beatriz nos brindam com casos eloquentes sobre o parto hospitalar na região. Se a moça chegasse em cima da hora na *unidade*, como Beatriz, não havia uma estrutura para encaminhá-la com recursos da secretaria de saúde. Se o parto fosse definido de antemão *para o hospital*, como Nara, supunha-se que a moça teria tempo suficiente para levantar os recursos necessários para viajar. Em ambos os casos, a Secretaria Municipal de Saúde se abstinha de facultar acesso à saúde pública. Não havia uma política institucional de referência dos casos complicados aos hospitais vizinhos. Assim, ao que parece, a *unidade* era uma opção para o parto normal das moças menos abastadas de Melgaço. Mas para o parto cesariano, só possível em cidades vizinhas, familiares e redes locais eram fundamentais. Beatriz contou com esse apoio, ao passo que Nara ficou *sozinha*, antes, durante e depois da internação hospitalar.

4. Acácia

Acácia era uma moça com cerca de 30 anos. Ela tinha três filhos quando engravidou desse quarto. Segundo D. Benedita, uma parteira antiga da cidade, cada um era filho de um pai diferente. Mas nem D. Benedita, D. Dorca ou as outras parteiras sabiam que Acácia estava grávida naquele final de 2004. Apesar de trabalhar na prefeitura de Melgaço, Acácia estava vivendo há alguns meses em Belém, para cuidar da mãe adoentada. Lá também ela fizera seus exames de pré-natal, e a médica lhe disse, com base nos resultados da ultrassonografia, que sua gravidez era de risco e que o parto precisaria ser hospitalar. Na noite de 27 de novembro, D. Dorca foi chamada às pressas até uma casa de um único e pequeno cômodo. Ao contrário de Josiane, Acácia era uma mãe solteira que contava com menos infraestrutura. Naquela vão, havia uma mesa, dois bancos, uma estante com algumas roupas e duas redes, onde suas crianças dormiam. Ao fundo, uma porta dava para um jirau e

uma latrina. A luz fora cortada por inadimplência. Quando chegamos, vimos que D. Jita, outra parteira, tinha sido chamada primeiro e, sentada a um lado, aguardava o desenrolar dos acontecimentos. Naquele exíguo espaço, estavam Acácia, as duas parteiras, eu, Amelie (cineasta em passagem pela cidade para concluir seu filme), Ana (cunhada da moça) e uma vizinha. Ana insistia com D. Dorca para que a moça fosse levada até a *unidade*, mas a parteira lhe desestimulou. Embora concordasse que a situação convergia para tal cenário, D. Dorca disse à Ana: “Pode ser que não tenha ninguém lá. A Unidade tá trancada a essa hora. O Dr. Artur está na festa da escola. E me falaram que lá tá sem luva esses dias”.

D. Dorca *puxou* a barriga da moça e lhe fez o toque vaginal. Percebeu que o feto vinha de pé. Acácia reclamava que não tinha *puxo* e por isso não conseguia empurrar no momento das contrações. D. Dorca e D. Jita continuavam a incentivar que Acácia se concentrasse no parto, na força, no feto. Aguardavam, uma de cada lado da moça, o avanço das *dores*. Com muita dificuldade, os pés e o quadril do bebê saíram. D. Dorca apertou o ventre da moça, lhe mudou de posição, untou-lhe com óleos vegetais, fez orações, levantou a bacia e as pernas da parturiente. Mas a criança ficou engatada nessa posição por mais de uma hora. Acácia reclamou de câimbras na perna, apelou ao divino e, realmente sem *puxo*, iniciou outro discurso.

Meu Deus, eu vou morrer! Eu sei que vou morrer. Eu tive um sonho que alguém me dizia isso. Eu não estava bem dormindo. Eu estava meio acordada e era como se alguém me dizia assim ao pé do ouvido. Eu vou morrer, eu sei disso. Meu Deus, salva meu filho. Gente, eu não aguento mais. [Se dirigindo à vizinha] Cuide do meu filho, mana. Não deixe ele sozinho, tá? Ana [se dirigindo à cunhada], você cuida da outrazinha, tá? Gente, deem o maior pro meu irmão criar. Não deixem meus filhos sozinhos no mundo, gente, por favor! Gente, chamem meu pai, eu preciso me despedir dele. Vamos, chamem meu pai. Eu sei que vou morrer e eu preciso me despedir dele. Ana, obrigada, minha colega. Gosto muito de você. Eu sei que vou morrer.

Eu fiquei muito impressionada com sua ladainha, eram palavras muito fortes, muito tristes. Notei que seu discurso perturbara todas nós ali dentro. Entreolhávamo-nos assombradas e impotentes.

Ana saiu então para chamar a avó parteira, D. Benedita, que chegou meia hora depois. As três mulheres submeteram Acácia a uma massagem muito semelhante àquela que eu havia presenciado meses antes entre as parteiras na Guatemala, chamada de *manteo*, utilizando um tecido grosso e resistente para balançar a parturiente (descrita no Capítulo 2).⁴⁵ Deram outras ordens à Acácia e não pararam com todo tipo de oração. Era visível que as três parteiras já tinham exaurido todo seu arsenal de técnicas e beiravam o limite de sua ajuda. Concordavam que a *injeção de puxo* era necessária. De repente, D. Dorca me disse: “Soraya, vá chamar o médico, minha filha. Só você aqui nesse quarto consegue tirá-lo lá daquela festa. Se qualquer uma de nós for, ele não vai dar ouvidos. Você é de fora, ele vai atender”. Montei na primeira bicicleta disponível do lado de fora do casebre e corri até a festa. Artur, meio bêbado, meio sonolento, demorou para entender meu pedido. Entreguei-lhe a bicicleta para que chegasse mais rápido à casa de Acácia.

Nos cinco minutos que permaneceu ali dentro, esse profissional da *unidade* disse que nenhum médico formado conseguiria realizar aquele parto em circunstâncias tão hostis: “Só uma cesárea resolve isso aí. Vou tentar encontrar um barco para levar ela pra Breves”. Até o desfecho dramático daquela noite, este profissional não mais retornou. Em seguida, como último recurso, D. Dorca administrou uma dose de café forte com manteiga. Foi o que deu um poderoso *puxo* à moça. D. Jita sacodiou de um lado, e a D. Bené, de outro. D. Dorca agarrou os bracinhos do menino e puxou seu corpo para fora. Todas viram

⁴⁵ Tive a oportunidade, durante um trimestre em 2004, de conhecer um pouco mais de perto o trabalho e a realidade social de algumas parteiras guatemaltecas da região das cidades de Antigua, San Antonio de Aguas Calientes e Quetzaltenango. Pouco ainda escrevi sobre essa experiência, mas algumas primeiras ideias podem ser encontradas em Fleischer (2006b e 2007b).

que a criança estava cinza, inerte, boquiaberta – e morta. Foi deixada de lado momentaneamente: era preciso tentar salvar a vida da mãe. D. Dorca pelejou com a placenta, repetindo ordens que já destinara à Acácia: “Vamos, minha filha, você tem que empurrar um pouquinho, só pro resto sair. Vamos, me ajude. Coragem!”. Ela puxava levemente a ponta do cordão, enquanto massageava a barriga da moça. Acácia deu um último empurrão, e a placenta saiu. Depois disso, D. Dorca cuidou de lavar e vestir a criança para o velório. D. Bené ajudou a limpar e remover a moça para descansar na rede mais próxima. Logo apareceu um *caribé* para ajudar a parturiente a se recompor. D. Jita ficou para lavar a roupa suja do parto.

No dia seguinte, somente D. Jita, Ana, eu e algumas crianças acompanhamos o rápido e silencioso velório do infante. Nem o pai da criança, que depois soubemos estar na cidade, nem qualquer autoridade *da frente* se interessou em saber do ocorrido ou prestar condolências à Acácia. No cemitério, a covinha já estava pronta. Não houve música, nem reza. Depositaram o caixão no buraco. O coveiro, que esperava sob a única sombra do lugar, veio cobri-lo. Depois de encerrado o sepultamento e da lenta retirada do diminuto cortejo, um garoto, de no máximo oito anos, espontaneamente pegou uma flor que crescia junto a outro túmulo e a depositou sobre o montinho de terra. Foi o único rito de homenagem ao bebê morto que ali observei.

Como um parto para hospital acaba em casa

Esse *parto difícil*, seguido da morte neonatal, foi o assunto mais presente em todas as rodas de conversa naquele final de 2004. Todos se perguntavam: “Por que a Acácia não pariu no hospital em Belém se já sabia que era um parto de risco?”. Para responder à pergunta, parteiras, a cunhada da moça, vizinhos e até funcionários da secretaria de saúde me explicaram que “naturalmente” a culpa recaía sobre Acácia, tida como uma “mãe imprudente”. Algumas pessoas aventaram a possibilidade

de Acácia ter perdido o bebê “de propósito” e apontavam os sinais de ela não o querer: “Seus outros três filhos eram mal cuidados”; “Ela desgostou da vida quando o pai da criança não a assumiu”; “Não fez a última consulta de pré-natal” etc. A princípio, concordei com essa interpretação e aventei a hipótese do episódio ter resvalado numa espécie de infanticídio. Não seguir as prescrições médicas, não chamar as parteiras com antecedência, não empurrar no momento certo seriam uma forma indireta de evitar filhos? Parir em casa, nessas circunstâncias, era uma opção para resolver muito mais do que o parto, mas para resolver “problemas de família”? Mas, com o passar dos dias, essa forte opinião foi sendo matizada. Acácia, mais do que Beatriz e Nara, que também enfrentavam *situações e partos difíceis*, foi envolta por uma gama de impeditivos que culminaram na morte de seu filho. Tantas variáveis impediam que se culpasse um só personagem. Para tentar explicar essa morte neonatal era preciso considerar os vários personagens e eventos que a compuseram.

Se uma parteira tivesse sido chamada para *puxar* a moça, como foi feito com Josiane, Bia e Nara durante toda a gravidez, como reza a “etiqueta obstétrica local”, poderia ter notado uma série de detalhes que faziam esse caso tão *difícil*. Mas Acácia não estava vivendo em Melgaço. Só suas vizinhas e sua cunhada sabiam que ela havia chegado à cidade, e nenhuma parteira sabia que ela estava grávida. Durante uma única visita prévia, D. Dorca, D. Benedita ou D. Jita teria sabido que a médica de Acácia tinha definido o parto como *arriscado* e que a moça não tinha comparecido à última consulta de pré-natal. E talvez as três atendentes tivessem negado o atendimento e procurado encaminhar a moça o mais rapidamente para um hospital.

Durante o tenso parto, Acácia disse:

Eu fiz um ultrassom em Belém e a médica disse que o parto era de risco e que eu não podia deixar a capital. Mas ela não me explicou por que era de risco. Mas, como o dia só era no início de dezembro, eu pensei que dava tempo de vir até aqui e voltar.

Mas quando lhe perguntei, dias depois, por que tinha voltado a Melgaço, ela disse:

Eu vim receber os três meses de pagamento de pensão. Ninguém podia tirar pra mim, ninguém podia receber esse dinheiro por mim. O parto provável era dia 5 de dezembro. A médica disse que eu podia vir tranquila.

A ideia de risco parecia ser atenuada pelo fato de a moça se resguardar na “proteção” conferida pelo contato com a médica e o cumprimento de suas consultas de pré-natal.

As moças grávidas em Melgaço apresentavam várias razões para não comparecer às consultas do *postinho* (como já foi descrito). Em contraponto, as parteiras contavam de partos mal sucedidos de moças que nunca tinham feito os *exames* (de sangue, fezes, ultrassom etc.). O fato de D. Dorca e suas colegas incentivarem que suas pacientes cumprissem as consultas no *postinho* parece indicar que, embora as parteiras não necessariamente concordassem com todos os métodos e discursos arrolados nos consultórios, elas tentavam resguardar seu trabalho de eventuais dificuldades, como Pereira notou entre as parteiras da periferia de Manaus: “Se eventualmente a mulher que frequenta o pré-natal vier a adoecer, a parteira pode se eximir da responsabilidade, atribuindo-a ao médico que examinou a mulher e foi incapaz de detectar a doença” (1993: 249).

Além de Acácia não ter terminado o pré-natal, outro fator agravou esse *parto difícil*. A única pessoa da família que esteve presente foi Ana, a cunhada da parturiente. Sua mãe estava em Belém, em um tratamento de saúde. Em Melgaço, a moça tinha o pai e o irmão, que não apareceram durante o parto e tampouco exerceram qualquer tipo de pressão para buscar recursos alternativos.⁴⁶ O ex-companheiro de Acácia não manifestou interesse antes, durante ou depois do parto, mesmo sabendo que o filho falecera. E, por fim,

⁴⁶ O irmão, depois de ouvir os comentários sobre o triste desfecho do parto de Acácia, a levou para sua casa no dia seguinte. A casa era de alvenaria, tinha cama, fogão, geladeira, poço d’água, mosquiteiro, máquina de lavar roupa etc. – itens que poderiam ter facilitado o parto, mas que oferecidos após o ocorrido, pelo menos, ajudaram a atenuar um resguardo doloroso e enlutado.

Acácia tinha família em Portel, mas não se planejou para lá parir. Acácia estava *sozinha* em Melgaço – condição absolutamente abominada pelas mulheres locais –, sem aconchego, dinheiro, comida, transporte. A solidão de Acácia teria sido aplacada se tivesse permitido que uma rede se formasse – mesmo que rápida e improvisadamente – em seu entorno, como vimos acontecer com Josiane, a princípio, também *sozinha*.

Alguns outros problemas *dificultaram* esse parto. Primeiro, D. Dorca disse que o bebê não ficara *engatado* somente porque veio de pé, mas “se o cordão não fosse tão grande, não tinha laçado ele e não tinha prendido o braço dele”. Segundo, Acácia nos contou alguns dias depois do parto: “Eu tive uma queda do jirau. Me bati muito. Caí sentada. Não sei se o bebê ficou roxo por conta disso”. Dorca concordou que quedas podem atrapalhar muito uma gestação. Mas aqui, esse dado era difuso: a queda pode ter repercutido na prematuridade do parto, na má posição do bebê e na falta de força que ela sentiu durante o evento. Terceiro, ficou notória a “tipologia” de Acácia: ela era uma parteira que precisava de *injeção de puxo*. O médico, quando apareceu, não cogitou recorrer ao medicamento para abreviar o sofrimento da moça. Se o fato de não ter *puxo* fosse conhecido de antemão, as parteiras teriam tentando conseguir o medicamento ou destinado mais rapidamente o parto para o hospital. Quarto, era preciso ter considerado os problemas da casa de Acácia. Naquela semana, especificamente, muitas casas haviam tido sua luz cortada. A companhia elétrica do Estado já vinha prometendo punir os inadimplentes, e Acácia teve o azar de parir justamente na noite em que essa decisão foi cumprida. Além disso, sua casa tinha pouco espaço, não contava com comida, água e material.

E, no meio do parto, Acácia nos informou de ainda outro detalhe. Durante aquela hora e meia em que o bebê ficou *engatado*, Acácia contou de sua premonição:

Meu Deus, eu vou morrer. Eu sei que vou morrer. Eu tive um sonho que alguém me dizia isso, irmã Dina. Eu não estava bem dormindo. Eu estava meio acordada e era como se alguém me dizia assim ao pé do ouvido.

Quer dizer, se alguma parteira tivesse visitado Acácia com antecedência, possivelmente teria observado esse conjunto de aspectos potencialmente negativos e exercido sua melhor função: construir uma argumentação capaz de convencer as pessoas envolvidas do perigo que Acácia corria e mobilizar apoio para levá-la até um hospital. Repito, as visitas e *puxações* informavam muito mais do que a condição fisiológica da *buchuda* e de seu bebê. Prescindir desse contato prévio com uma parteira era não cumprir minimamente com a “etiqueta obstétrica local” e alijar-se da importante e complexa rede de apoio que ela poderia oferecer nos casos *difíceis*.

Trouxe esse caso de Acácia porque percebo que uma severa instabilidade se instaura quando há uma *transgressão da fronteira* entre *partos para casa* e *partos para o hospital*. E os casos de Beatriz e Acácia transgrediram essa fronteira em sentidos contrários. A diferença é que, com a primeira mulher, a parteira interveio a tempo para reverter a *situação difícil*. Por mais que as parteiras nem sempre concordassem com os profissionais de saúde sobre a dificuldade e o local dos partos, pareciam estar dispostas a seguir as indicações de “risco” emitidas pelas consultas de pré-natal, mas que, nas horas críticas, não encontravam a retaguarda esperada da própria Secretaria Municipal de Saúde. Sabiam que, no *aperreio*, só podiam contar com a experiência prática do partejar domiciliar, a solidariedade dos parentes e a *boa vontade de Deus*. Sabiam que, independente de quem fosse a responsabilidade pela transgressão das fronteiras, no final das contas, eram elas que ficariam *todo tempo junto* da parturiente.

O local do parto estava longe de depender apenas da escolha da gestante e sua família. O que estava em jogo, antes de escolher o local do parto, era a construção coletiva da definição de *partos difíceis* e *fáceis*, a percepção dos fatores que contavam a favor de cada local, a avaliação da disponibilidade de todos os personagens (mãe, marido, afins, vizinhos, parteira, médicos, auxiliares, barqueiros, taxistas etc.). E, a meu ver, as parteiras se destacavam nesse elenco porque ajudavam a reunir e significar a complexa miríade de variáveis que poderiam estar envolvidas.

E também estavam mais aptas a encontrar soluções que contemplassem e, se possível, equilibrassem desejos e demandas da mulher, mas também, se fosse necessário, destes outros atores do cenário.

5. Considerações finais

5.1 Quatro comentários de fundo

Sugiro quatro comentários finais para alinhar as ideias descritas nos quatro casos deste Capítulo. Primeiro que, para as parteiras e mulheres de Melgaço, o parto e a reprodução não eram vistos como eventos patológicos [como vários autores já mostraram em outros contextos etnográficos relacionados ao partejar. Ver, por exemplo, Jordan (1993)]. Parir em casa não era, portanto, tido como um “risco” *a priori* já que muitas gerações de uma mesma família vinham seguindo esse costume e pouquíssimas mortes (das parturientes, sobretudo) marcavam a memória coletiva da cidade. Além disso, a “casa”, sobretudo a *de trás*, não é tida como “insegura”, “suja”, “distante”, como geralmente era a opinião das autoridades sanitárias.

Segundo, se uma mulher por ventura sofresse algum distúrbio inesperado durante sua gravidez e/ou parto, as causas que estas mulheres aventavam para explicar esse evento não se restringiam aos aspectos biológicos de seu corpo físico. (E sistemas médicos não biomédicos têm sido, desde os primórdios da Antropologia da Saúde, fundamentais para abalar o essencialismo biológico). Uma mulher passava mal, morria e/ou perdia seu bebê também por vários outros motivos relacionados com sua conjugalidade, família, vizinhança etc. Um bebê de pé ou uma consulta de pré-natal que não fora cumprida poderia ajudar a explicar o *parto difícil* de Acácia. Mas a ausência da mãe, do marido e das *puxações* no acompanhamento pré-natal também.

Parece que Josiane, Beatriz e Acácia acreditavam que, mais uma vez, seriam capazes de parir com sucesso, mesmo que

acontecesse em casa, mesmo que fosse um pouco *difícil* como os partos anteriores. E aqui repousa um diferencial importante quando se analisam as condições entre o parto domiciliar e o hospitalar. As mulheres, geralmente múltiparas, julgavam conhecer um repertório finito de eventos que seus corpos já haviam enfrentado. Mulheres e parteiras não ignoravam a possibilidade de complicações, mas acreditavam no que seus corpos conseguissem fazer e acreditavam que juntas seriam capazes de resolver os desdobramentos inesperados. Josiane e Beatriz não consideravam a casa como uma “falta de opção”. Estas mulheres, suas famílias e suas parteiras acreditavam que ter seus filhos em casa era uma realidade normal, comum, possível e desejada. Este dado contraria a opinião da biomedicina que geralmente caracteriza o parto domiciliar como uma prática residual que breve e necessariamente será extinta em lugar de mais infraestrutura hospitalar e profissional (e.g. Silva, 2004: 185). Mas, no final das contas, Acácia, ao contrário, ficou em casa por “falta de opção”. Uma má avaliação de todos os fatores que, combinados, eliminaram a casa como alternativa para seu parto. E, ao desconsiderar que as parteiras e a rede social local pudessem ser personagens importantes na avaliação desses fatores, Acácia enfrentou uma noite difícil, perdeu o filho e ainda foi alvo de acusações. Ela teve que assumir certa responsabilidade no ocorrido pelo fato de não eleger a “etiqueta obstétrica local” como eficiente alternativa para tentar compensar os vários fatores externos que lhe dificultariam a gravidez e o parto. A casa, em Melgaço, era geralmente o local preferido para o parto (como foi visto na Tabela 1), mas, em casos excepcionalmente complicados, a casa era rapidamente excluída como alternativa.

Terceiro, quando havia problemas, nem sempre as parteiras e suas pacientes os percebiam como os médicos ou os cursos de capacitação o faziam. No *postinho* e na *unidade*, obesidade, pressão alta, diabetes, anemia eram os sinais observados para indicar que um parto fosse hospitalar. Quando eu perguntava às parteiras o que era “perigoso” ou “arriscado” em seu trabalho (para ficarmos apenas com os *aperreios* físicos e concretos),

notavam que barriga não *puxada*, *dores tortas*, *sangramentos*, *mo-fineza*, *passamentos*, tremores, por exemplo, eram motivos para recorrer ao hospital. Eram variáveis que, agravadas por uma mulher *sozinha* e *pobrezinha*, ajudavam a compor uma *situação complicada* (e não somente uma gravidez ou parto *complicado*). Mas esses fatores não eram suficientemente “perigosos” para que uma mulher recebesse, dos profissionais biomédicos, um *encaminhamento* para parir em Breves. E, inversamente, quando as enfermeiras apontavam um bebê *atravessado* ou multiparidade, por exemplo, como justificativa de um parto hospitalar, as mulheres, suas famílias e parteiras achavam razões insuficientes para justificar passar pelas filas, auxiliares e solidão da *unidade* ou pela custosa viagem até uma próxima cidade.

Quarto, além de percepções diferentes de “risco”, notei como uma mesma mulher podia ter seu parto interpretado de formas distintas. As parteiras tendiam a colocar a ênfase na mulher; enquanto os profissionais biomédicos, no bebê. D. Dorca resolveu levar Beatriz para o hospital porque a moça tinha a *pente muito fechada* e já fizera uma cesariana anteriormente. Chegando a Portel, o médico resolveu interná-la porque o *bebê estava em sofrimento, estava torto e era muito grande*. Parece que as parteiras priorizavam e se especializavam em observar as manifestações do parto sobre a mulher, enquanto os profissionais de saúde estavam mais preocupados com os sinais emitidos pelo feto. Jolly, em seus estudos na Oceania, observou que “os objetivos desenvolvimentistas de demógrafos e economistas”, assim como os profissionais de saúde que eu conheci na região de Melgaço, “parecem mais direcionados para os problemas da população e o bem-estar das crianças do que para os ‘recursos humanos’ das mulheres” (2003: 24). A antropóloga comentou sobre a histórica ênfase sobre o “I” em detrimento do “M” na política de “Saúde Materno-Infantil” das grandes agências de desenvolvimento (como Unicef, OMS, ONU) e dos ministérios da saúde que implementam as resoluções internacionais (*ibid*).

Outras pesquisas têm mostrado essa diferença de foco. Mendez-González e Cervera-Montejano (2002) mostram que,

nos casos de partos vaginais, as complicações maternas nas áreas rurais do México – como ruptura e infecção perineais, hemorragia pós-parto, infecção pós-episiotomia, flebite por soro, infecção puerperal e morte – acontecem em dobro no cenário hospitalar. Ao passo que as complicações neonatais – onfalite, conjuntivite, traumas obstétricos, pneumonia ou broncoaspiração e morte – acontecem nove vezes mais frequentemente em casa. Castañeda-Camey *et al.*, por exemplo, mostram que, entre as 35 parteiras entrevistadas no Estado de Morelos, no México, nenhuma admitiu ter perdido uma parturiente, mas 30% relataram mortes neonatais (1996: 203). Em Melgaço, encontrei cenário semelhante. Entre as parteiras, lembrava-se de vários *bebês perdidos* ou que *nasceram mortos* (como, posteriormente, se referiram ao filho de Acácia), ao passo que uma ou duas mulheres que pereceram no parto foram recordadas. As parteiras que *perderam mulheres* ficaram estigmatizadas pelas demais. Todas, mesmo sem ter participado diretamente do ocorrido, sabiam repetir em detalhes a morte dessas mulheres em termos de data, cenário e personagens, sucessão de acontecimentos, erros da parteira, omissão dos serviços públicos etc. Era a saúde da mulher que parecia receber maior prioridade.

Depois do parto, como nenhum hospital oferece, as parteiras, substituindo a puérpera enquanto *quarenta*, ajudavam a lavar as roupas, o chão e as redes da casa – itens de difícil trato e fundamentais para que a família continuasse a funcionar e ser respeitada coletivamente. Caso contrário, se o resguardo de 40 dias não fosse cumprido, as consequências comprometeriam a saúde individual e social dessas mulheres e por isso tanto *perigo* repousava nesse período. Tanto nos *partos para casa* quanto nos *partos para hospital*, o resguardo precisava ser cuidado, e eu notava como as parteiras conseguiam com mais facilidade que suas pacientes seguissem seus conselhos nessa fase do que na de pré-parto. Por mais que as parteiras oferecessem, como foi visto no Capítulo 2, um atendimento pré-natal específico com as *puxações* e visitas constantes, sua atuação no pós-natal era também fundamental, como Whitakker também notou na Tailândia

(1999), e consistia num diferencial dentro do quadro de alternativas obstétricas disponíveis às mulheres de Melgaço.

5.2 Os locais de parto como “territórios sociais”

Portanto, vistos os casos de Josiane, Beatriz, Nara e Acácia, parece que, dentre as alternativas disponíveis, dois lugares para parir eram preferidos, nenhum deles gratuito. Isto é, parir em casa e pagar a parteira ou parir em uma cidade vizinha e custear a viagem até lá. Tudo isso para evitar a *unidade*. Embora alguns estudos sobre parteiras afirmem que a “clientela” das mesmas é formada por “gestantes com poucas possibilidades econômicas” (Bessa, 1997: 69), meus dados, assim como os de Viana, colhidos no município de Breves (s/d: 6), mostram que as parteiras de Melgaço atendiam mulheres pobres (sobretudo, as *de trás* da cidade), mas isso não significava que estas não tivessem dinheiro ou intenção de pagar. Teoricamente, planejar um parto em casa significava separar o *dinheiro da parteira* desde os primeiros meses de gestação. No segundo caso, apelar para um hospital vizinho (em Breves, Portel, Macapá ou Belém) demandava conseguir uma justificativa para não ficar na *unidade*. Superestimar as ideias de “risco” enunciadas pelos profissionais de saúde da cidade, valorizar a presença de parentes nas cidades vizinhas e *operar* (ou seja, uma cesariana seguida de ligadura tubária) eram algumas dessas justificativas.

Em uma de nossas conversas, Josiane disse: “Só as mais pobrezinhas é que vão pra unidade”. Parece que eram as mulheres sem dinheiro algum, sem redes sociais locais e sem o amparo de uma parteira que apelavam à *unidade*. Notei, por exemplo, que mais primíparas (em relação àquelas que já tinham filhos) procuravam a *unidade* e, não coincidentemente, elas tendiam a ser mulheres *sozinhas* e *pobrezinhas*. Em geral, notava que a primeira gravidez de uma mulher tendia a acontecer ainda na adolescência, resultado de namoricos informais, e dificilmente o rapaz, jovem e desempregado, assumia o filho, a casa e o

casamento. A moça ficava morando com sua família, que lhe sustentaria a contragosto tanto porque a moça havia perdido sua “honra” quanto porque deixariam de ganhar um genro que contribuísse com o sustento doméstico. Quase nunca a moça teria barganha o suficiente (por ter contrariado sua família e por não ter marido nem emprego) para ser atendida pela parteira de sua predileção e terminava, desamparada e inexperiente, na *unidade*. É bom lembrar que *mulheres de primeiro filho* geralmente demoravam mais para dilatar e expulsar o feto e nem sempre os profissionais tinham tempo e disposição para acompanhar de perto esse processo. A sensação de solidão tende a ser maior por conta disso. Já a segunda gestação dessa moça seria fruto de um namoro ou casamento mais sério, inclusive com a criação de um núcleo doméstico independente de sua família e a assunção de seu primeiro filho pelo novo companheiro. Nesse contexto, essa mulher optaria por uma parteira porque teria algum recurso e autonomia e, sobretudo, más lembranças do sufoco que enfrentara sozinha com o médico ou, mais provavelmente, com os auxiliares na *unidade*. Esse ciclo reprodutivo local, que envolvia mulheres jovens, parentes e afins, maridos e padrastos, também ajudava a entender quando a casa ou o hospital passava a ser cenário para o parto.

Assim, as moças *sozinhas* e *pobrezinhas* tendiam a ser o principal público da *unidade*. Mas, como Beatriz lembrou anteriormente, nos hospitais vizinhos, abusos e solidão também eram enfrentados. Assim, quando uma mulher passava por uma primeira gravidez *complicada* e precisava recorrer ao hospital, tentava evitar a *unidade*, recorrendo a Breves ou Portel. Mas na próxima gestação, mesmo *complicada*, tenderia a ficar em casa. Por isso, eu encontrava tantos motivos entre estas mulheres para evitar o hospital e tantas explicações para relativizar um *parto difícil*, diminuir seus *perigos* e transformá-lo num “parto domiciliável”. Parecia, portanto, que o serviço de pré-natal biomédico e oficial colaborava para aumentar o perfil de “risco” das gestações e hospitalizar alguns desses partos, sobretudo aqueles que, pela primeira vez, aconteceriam no cenário hospitalar.

Mas mulheres como Beatriz e Nara, que já haviam parido em hospitais, só voltariam para essa opção se não houvesse como mudar o *status* de *dificuldade* de seu prognóstico obstétrico. Tanto as *sozinhas* e *pobrezinhas*, quanto as *complicadas* tentariam, da próxima vez, ficar em casa: as *sozinhas* tenderiam, no próximo parto, a estarem casadas e amparadas por alguma rede local; as *pobrezinhas* tentariam, de alguma forma, mobilizar recursos com o marido, a família e/ou a vizinhança, para pagar a parteira; e as *complicadas* fariam um esforço para *facilitar* seu parto ou, caso isso fosse impossível, recorrer a um hospital em Breves ou Portel. Nos casos de *partos difíceis*, o drama particularmente se acirrava quando a paciente e sua família não tinham dinheiro para viajar ou pagar a parteira, e nem a parteira, ciente dos riscos, aceitava atender a mulher. O resultado poderia ser o que aconteceu com Acácia, que não tinha nem tempo, nem dinheiro ou redes de apoio para procurar um hospital. Se não fossem as parteiras, as vizinhas e a cunhada, possivelmente esta parturiente teria perdido a vida junto com o filho. E as parteiras, que geralmente não negavam *assistir* quem lhes procurasse, acabavam por atender os partos mais *difíceis*, como D. Dorca me resumiu um dia: “Eu faço sempre assim, minha filha. Sempre é difícil. Muito difícil encontrar parto fácil”.

As mulheres *da frente*, que contavam com um pouco mais de recursos, também preteriam a *unidade* e iam parir, preferencialmente, em Belém ou Macapá, como me lembrava D. Dorca: “Essas pessoas com mais dinheiro não chamam as parteiras. Vão tudo pro hospital”. Como visto na Tabela 1, a procura pelos hospitais de Belém havia triplicado nos últimos três anos. Islene, esposa de um dos secretários municipais, me disse, aos cinco meses da segunda gravidez: “Acho que vou ter em Belém ou em Breves. Aqui não tem recurso. Oxigênio, operação se precisar. Não sei se vai ter algum problema, algum risco, né?”. E nos hospitais públicos de Breves e Portel, elas tenderiam a ser melhor tratadas porque, suspeito, os profissionais de saúde avaliariam o ônus de se indispor com o círculo afluente de vínculos onde elas estavam inseridas. Além disso, por conta das mesmas

redes, essas mulheres geralmente tinham parentes, casa e transporte nessas cidades vizinhas. D. Dorca resumia para mim o perfil de quem acionava os hospitais vizinhos: “No hospital, vão deixar ela lá sozinha para ela deixar de ser mole. As pessoas com dinheiro são bem recebidas no hospital de Breves. Mas quem não tem nada, passa bem baixo”. Segundo Scavone, as mulheres rurais do Maranhão por ela entrevistadas reconheciam que, em comparação à casa, havia *mais recurso* no hospital, mas também sabiam que os *recursos* tendiam a ser designados às mulheres de classes mais altas (1985: 49).

Assim, como esse capítulo pretendeu demonstrar, o local do parto informava muito sobre as relações entre personagens, práticas e poder. O espaço de parir era classificado em alternativas hierarquizadas de forma distinta para cada público. Aquelas com capital material e social eram hospitalizadas. Aquelas apenas com capital social na forma de redes de apoio eram atendidas pelas parteiras e, no caso de *partos difíceis*, recorriam a Breves e Portel, geralmente acompanhadas de suas parteiras. E as desprovidas de qualquer tipo de capital acabam procurando a *unidade*. Quer dizer, quanto menos *sozinha* e mais recursos, mais havia a possibilidade dessa mulher escolher o local onde parir. Essas ideias relativizavam não só as definições correntes de “pobreza”, mas também a identificação da casa como uma “falta de opção” para parir. E, ao notarmos o trânsito e a discussão das mulheres *de trás* sobre esses diferentes espaços para parir, fica claro como considerar os postos, unidades de saúde e hospitais era uma tentativa de *ampliar o leque de alternativas disponíveis* (Morton, 2003) e, sobretudo, como cada uma dessas alternativas constituía o que Fiedler (*apud* Whitaker, 1999: 225) denominou de “territórios sociais”, com dimensões próprias de bem-estar, poder e *agency* (Ortner, 1994). A casa permanecia como principal opção, porém, mais e mais, estas mulheres e suas parteiras traçavam formas de transitar por outros espaços sem que os valores locais fossem completamente usurpados.

• C A P Í T U L O C I N C O •

“*Quem sabe não mede.
Quem não sabe mede três dedos*”:
Legitimidade e autoridade em disputa
entre parteiras

Gostaria de terminar este livro retomando a influência que os cursos de treinamento, crachás, bolsas de material podem ter sobre a vida e a prática das parteiras em Melgaço. Insisto que estes itens não devem ser vistos como algo estranho à vida local, trazendo alguma espécie de ruptura, mas sim como mais um elemento a ser computado nas interações sociais e nos conhecimentos manipulados por estas pessoas. Desafiando uma tendência romântica (presente em certos documentos de intervenção) de encarar as parteiras como um grupo homogêneo, parte de uma comunidade espontaneamente solidária, aqui a ênfase recairá sobre a heterogeneidade do grupo, nas hierarquias e disputas internas e como a atuação de ONGs, instituições governamentais, eventos e viagens são computados pelos atores desse universo. É nesse capítulo que espero tirar pleno proveito do debate teórico sobre *authoritative knowledge*, desenvolvido pela antropóloga Brigitte Jordan (1993 e 1997), para entender como as diferentes formas de conhecimento competem, informando a prática das parteiras. Assim, logo depois de descrever o contexto da chegada e atuação de ONGs e outras forças de intervenção na vida das parteiras, recuaremos no argumento para o lado mais “local” – às hierarquias internas e atitudes rivais entre as diferentes parteiras – para vir caminhando na direção da influência desse contexto de intervenção.

No Capítulo 2, vimos como, ao visitar pela primeira vez Silvana, D. Dorca foi acompanhada de D. Jandira, outra partei-

ra da cidade. Na volta da casa da moça, observei como as duas discutiram o tamanho da barriga, a *teimosia* da criança que não adotava a posição intrauterina tida como correta e as melhores soluções para apaziguar as preocupações daquela família. No Capítulo 3, vimos como muitas parteiras de Melgaço haviam começado seu trabalho na convivência com uma parenta parteira ou, depois de um *parto no susto*, recebiam o escrutínio da parteira da região. Algumas *não haviam sido ensinadas*, outras admitiam *ter tido o caminho mostrado*. No mesmo capítulo, também notei que, em casos de doença, viagem ou ausência por conta de um curso, uma parteira poderia *passar o serviço* para outra colega. Nos assuntos econômicos, estas mulheres socializavam informações sobre as *lobas* tomadas, tentando, juntas, boicotar *maus pagadores* e *partos afiados*. E, no Capítulo 4, no parto de Acácia, observamos como três parteiras se reuniram para tentar salvar a vida da moça e de seu bebê.

Havia, portanto, variadas ocasiões em que opiniões e serviços eram compartilhados pelas parteiras de Melgaço. Além de terem o trabalho em comum, muitas delas eram vizinhas, parentas e comadres. D. Dorca e D. Maria Silva tinham casado seus filhos e, nos tempos da pesquisa, ajudavam a sustentar a criança, já que o casal havia se separado. D. Jita era tia de duas noras de D. Dorca. D. Benedita tinha *aparado* filhos de D. Dorca e, sendo ambas católicas nessa época, a primeira batizou estes filhos da segunda. Mais recentemente, D. Dorca e D. Joana eram da mesma igreja e aos domingos caminhavam juntas para o culto matutino. Muitas participavam das reuniões do grupo da terceira idade, organizado pela prefeitura. A maioria se reunia mensalmente na casa da Associação das Parteiras Tradicionais de Melgaço para discutir a falta de material na *unidade*, as atividades para angariar recursos ou a participação no próximo curso de treinamento.

Como visto, as variadas oportunidades de apoio mútuo e solidariedade se estendiam por muitos outros assuntos e searas, além do cenário obstétrico. No presente Capítulo, passarei então a discutir algumas das principais tensões que também estavam

presentes em seu cotidiano. Dentre elas, notei que participar ou não dos cursos foi um dos principais focos de discórdia ou, pelo menos, era uma poderosa metáfora para tal. Se, no Capítulo 3, os cursos de treinamento foram apenas mencionados para que pudéssemos discutir sua influência sobre a polêmica do pagamento do partejar, aqui, além de contextualizá-los melhor, veremos como são apropriados pelas parteiras, sobretudo em sua permanente disputa por legitimidade neste campo de trabalho. Assim, na primeira parte, situarei os cursos de treinamento que, desde 1998, vêm acontecendo na cidade e suas redondezas, depois apresentarei outras duas parteiras bastante significativas de Melgaço e suas relações com D. Dorca para, por fim, alinhar uma última análise sobre esse cenário obstétrico não oficial, no que diz respeito à definição ontológica do ser “parteira”.

1. A contextualização do confronto atual de saberes: Organizações internacionais, ministérios da saúde nacionais e ONGs regionais

A fim de entender o lugar dos cursos nas disputas locais, desejo rapidamente contextualizá-los numa esfera mais ampla, já que não se originam nem se limitam ao cenário de Melgaço. Agências internacionais como a Organização das Nações Unidas e o Fundo das Nações Unidas para a Infância têm recomendado os treinamentos de parteiras há várias décadas (Rozario, 1998: 144) e, mais expressivamente a partir dos anos 1950, têm produzido documentos para “orientar” as autoridades sanitárias terceiro-mundistas sobre como aproveitar essa mão de obra “culturalmente apropriada”, “barata” e “participativa” (Velimirovic e Velimirovic, 1981; Greenberg, 1982; Parra, 1993; Pigg, 1997; Törnquist e Lino, 2005). Em geral, os cursos são *uma* dentre várias estratégias para diminuir a mortalidade materna e neonatal (Abouzahr, 1997: 262) e não visam estimular necessária e diretamente o parto domiciliar, mas capacitar as parteiras para

práticas “mais limpas” e “menos perigosas” e convencê-las de encaminhar “casos complicados” para os hospitais das redondezas. Há uma ideia geral de que as parteiras têm utilidade provisória enquanto a hospitalização não for universalmente democratizada (Parra, 1993: 1322). Desde as primeiras iniciativas, a OMS desempenhou um papel ideológico central na adoção e alastramento de treinamentos de parteiras por todo mundo.⁴⁷

Os antropólogos Velimirovic e Velimirovic (1981), Stephens (1992) e Rozario (1998) recapitularam esta atuação. A OMS, desde a década de 1950, relacionou a assistência à maternidade com o treinamento de “trabalhadores auxiliares”. Dos anos 1960 aos 1970, sua preocupação era com as transformações demográficas, e as parteiras foram tidas como personagens centrais para convencer as mulheres pobres a limitarem sua fertilidade (e até hoje, em muitos kits de material, camisinhas e pílulas anticoncepcionais são incluídas). Em 1974 e 1979, aconteceram importantes encontros inter-regionais, nas Filipinas e no México, respectivamente, que geraram dois documentos referenciais (Verderese e Turnbull, 1975; OMS, 1979),

que foram também suplementados em 1981, quando a OMS publicou uma série de estudos de caso sobre o uso e o treinamento de atendentes obstétricas tradicionais⁴⁸ [Pizurki e Mangay-Maglacas, 1981] (Stephens, 1992: 811).

⁴⁷ Os treinamentos começaram em diferentes momentos. As primeiras iniciativas são encontradas, por exemplo, no México em 1926 (Parra, 1993), nas Filipinas em 1954 (Mangay-Maglacas e Simons, 1986) e na Guatemala, em 1955 (Kelly, 1955; Cosminsky, 1977a e 1977b). Iniciativas semelhantes se espalharam por vários outros países, e a OMS esteve sempre presente na forma de documentos, eventos, material, financiamentos, docentes etc. (e.g. Jordan, 1989; Greenberg, 1982; Stephens, 1992; Pigg, 1997; Rozario, 1998; Hincapié e Valencia, 2000).

⁴⁸ Uma outra função importante da OMS tem sido cunhar os termos deste cenário. “TBA”, ou seja, “traditional birth attendant” (aqui, traduzi como “atendentes obstétricas tradicionais”), foi usado por muito tempo como o termo mais “geral” e politicamente correto para “parteira”, num intuito de evitar “parteira leiga”, “curiosa” etc. Recentemente, a OMS vem sugerindo que se adote “skilled birth attendant (SBA)”, já que se acredita que a mortalidade materna e neonatal só diminuirá com a contribuição de mão de obra capacitada pelo modelo biomédico. Para uma excelente discussão sobre como conceitos criam políticas, ver Pigg (1997).

Todos seus escritórios regionais implementaram treinamentos-piloto nesta época. E, desde então, várias iniciativas semelhantes têm sido desenvolvidas.

Apesar dos sucessivos investimentos em protocolos e cursos, muitas mulheres continuam morrendo e/ou perdendo seus bebês em decorrência da gravidez, do parto e do puerpério, em casa e também nos hospitais. Estas agências reconhecem que

a maior parte das mortes e incapacidades infantis e maternas são preveníveis através de atendimento de alta qualidade, detecção e encaminhamento eficiente de complicações e acesso efetivo aos elementos de cuidado obstétrico essenciais, se necessários (Goldman e Gleit, 2003: 686).

Porém, também se reconhece que uma “maternidade sem riscos” depende de um conjunto coordenado de ações não absolutamente biomédicas como, por exemplo,

atenção pré-natal, treinamento de parteiras tradicionais, critério de risco como estratégia para reduzir a mortalidade materna, prós e contras do parto hospitalar e domiciliar e uso de determinadas tecnologias (Abouzahr, 1997: 262).

E também se reconhece ser preciso “enfrentar a pobreza, o analfabetismo e a discriminação – causas subjacentes dos [índices de mortalidade e morbidade]” (Rozario, 1998: 167). Até hoje, a OMS e a UNICEF sugerem contar com parteiras e “terapeutas populares”, mas a estratégia permanece sendo o que denomino como o “princípio da falta”, no que concerne à prática e ao conhecimento desses trabalhadores, e à “intenção de incorporação” no sentido de aproximá-los o máximo possível da biomedicina.

É assim que estas parteiras são vistas e descritas pela OMS, e é a partir desta concepção – seu “não-saber” ou seus “saberes” não modernos – que se argumenta pela

necessidade de ofertar os cursos de capacitação de parteiras *leigas* ou *tradicionais* (Tornquist, 2004: 217).

Ao que se sabe, no Brasil, os primeiros treinamentos para parteiras começaram ainda na década de 1940 com a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (hoje Fundação Nacional de Saúde) nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Minas Gerais (Mendonça, 2004).⁴⁹ Ainda no nível governamental, nos meados da década de 1970, o médico José Galba de Araújo, do Ceará, realizou vários treinamentos-piloto com projeção internacional nas publicações e eventos da OMS, por exemplo (Tornquist, 2004: 216-217). Também, durante esse tempo, freiras, enfermeiras e representantes das pastorais religiosas ofereceram oportunidades pontuais de capacitação àquelas que atendiam em casa e nos postos de saúde (Cf. Costa, 2002).

Recentemente, as parteiras têm se tornado foco de políticas mais amplas no país. E a cidade de Recife, em Pernambuco, e o movimento social de mulheres têm ganhado proeminência nesses avanços. Nas últimas duas décadas, Recife tem se destacado como, a meu ver, a “meca do feminismo” pelo fato de reunir uma grande quantidade de ONGs e movimentos sociais que vêm contribuindo significativamente para o amadurecimento de discussões e ações concretas em prol do bem-estar geral das mulheres (Bonetti, 2007). Uma das questões compartilhadas por várias militantes e entidades dessa “meca” tem sido a insatisfação com o trato de seus corpos e bebês pelos profissionais, instituições e políticas de saúde. Como reação, surgiram algumas iniciativas mais específicas e, dentre elas, o Grupo Curumim Gestação e Parto, uma ONG feminista criada em 1989 por terapeutas, profissionais de saúde e educadoras em prol de *humanizar o parto e o nascimento*. Além disso, Tornquist, que também realizou parte de sua etnografia dentro desta ONG, acrescenta:

⁴⁹ É preciso considerar também os cursos obstétricos profissionalizantes que começaram a se estruturar no país nos séculos XIX e XX. Para tanto, sugiro ver os interessantes trabalhos de Mott (1999a, 1999b e 2001).

os trabalhos do grupo são expressão de um entendimento entre uma prática do feminismo histórico no Brasil, um feminismo de base, ligado ao campo da saúde e da sexualidade e que vem atuando no campo dos movimentos sociais e nas lutas populares e de uma vertente mais contemporânea do feminismo que tem crescido no Brasil nas últimas décadas: o eco-feminismo ou feminismo esotérico, ambos bastante expressivos na região Nordeste (2004: 225).

Neste mesmo período, estava se consolidando o Sistema Único de Saúde, uma estrutura idealmente ampla, gratuita e capilarizada de atenção, e ONGs como o Curumim foram centrais na pressão por políticas de saúde que contemplassem as especificidades das mulheres. O SUS, portanto, não podia ignorar o significativo índice de partos domiciliares, e estas ONGs, afinadas com o movimento mais amplo de humanização da saúde (Tornquist, 2004), exigiram que as mulheres tivessem garantido seu direito de parir em casa e que suas atendentes estivessem cada vez mais “aptas” a oferecer essa opção.

Nos primeiros anos, a ONG se dedicou a realizar palestras e pequenos *workshops* em maternidades públicas, em bairros periféricos e a grupos de mulheres sobre alternativas de parturição menos “intervencionistas” e mais “humanas”. Realizavam, inclusive, partos domiciliares nas casas da classe média recifense. No início dos 1990, o Grupo Curumim abriu uma nova frente: conhecer e incentivar o parto domiciliar em casas menos abastadas, principalmente, nos subúrbios da capital e no interior de Pernambuco. Era inevitável, portanto, que encontrassem parteiras, e a ONG passou a se especializar na capacitação destas trabalhadoras.⁵⁰ Geralmente, o treinamento acontecia durante dois ou três dias em uma só cidade, reunindo parteiras de vários municípios vizinhos.

⁵⁰ Nesta mesma época, em vários países, volumosos investimentos e intensa reflexão se voltavam para treinamentos correlatos, como mostraram algumas antropólogas, por exemplo, Greenberg (1982), Brink (1982), Davidson (1987), Jordan (1989), Scheepers (1991), Alto *et al* (1991), Stephens (1992), Parra (1993), Jeffery e Jeffery (1993), O'Rourke (1995), Castañeda-Camey *et al* (1996), Pigg (1997).

A acumulação destas iniciativas pontuais, num diálogo cada vez mais intenso entre o movimento social e a esfera federal, contribuiu para que o Ministério da Saúde, em 1991, criasse o Programa Nacional de Partejas Tradicionais, que passou, então, a organizar uma agenda de atividades como reuniões consultivas, treinamentos, publicações etc., como lembrou Tornquist:

O Programa Nacional de Partejas Tradicionais acontece num contexto diferenciado daqueles que o antecedem: de um lado, tem-se a consolidação de uma estratégia de parcerias por parte de organismos internacionais, estimuladora de parcerias e participativismo entre governos e movimentos sociais e/ou ONGs, de outro, a expansão do neoliberalismo com seus programas de ajuste estrutural para países ditos em desenvolvimento (2004: 220).

Como decorrência do PNPT, em 1993, Pernambuco se motivou a organizar um Programa Estadual de Partejas Tradicionais, e o Grupo Curumim e o Cais do Parto (outra conhecida ONG também com atuação junto a parteiras) foram contratados não apenas para treinar parteiras no interior, mas também treinar e “humanizar” os profissionais da rede pública. O objetivo era que estes últimos passassem a ser “multiplicadores” (Bonetti, 2000), pelo menos na supervisão das parteiras treinadas e na reposição de material para as mesmas. Este programa estadual serviu de exemplo para a criação de estrutura similar em outros estados do país, como o Acre e o Pará, com o intuito principal de descentralizar as ações do Ministério da Saúde.

A partir de 1997, o Curumim foi convidado pelo Ministério da Saúde a terceirizar seus cursos para parteiras. Treze novos estados, em quatro regiões do país, foram incorporados pouco a pouco: Pará, Amazonas, Amapá, Acre, Roraima, Bahia, Paraíba, Maranhão, Ceará, Alagoas, Minas Gerais, Goiás e Mato Grosso. Nos estados da Amazônia Legal, as parteiras indígenas

e, em Goiás e Minas Gerais, as parteiras com ascendência quilombola tornaram-se o foco dos cursos.

E assim, os cursos voltados às parteiras foram retomados com força na década de 1990, como uma política pública do Ministério da Saúde, dentro do PNPT, e fortemente influenciados pelos preceitos feministas e humanizadores. Comento rapidamente como um curso típico é organizado. O Ministério da Saúde divulga para todos os estados as principais atividades do PNPT: o cadastramento das parteiras, a realização de cursos e a distribuição de bolsas de material e do *Livro da parteira* (Ministério da Saúde, 2000a). Mas

o programa de capacitação pressupõe a adesão voluntária de prefeituras e regionais de saúde: um curso, para ter início, requer a comprovação de que além de interesse, há efetivamente parteiras atuando na região (Törnquist, 2004: 226).

Geralmente, o Ministério da Saúde entra com o respaldo político do PNPT, parte da logística material (os livros, a alimentação e a hospedagem durante o evento) e a remuneração e passagens dos recursos humanos. As secretarias estaduais financiam as bolsas para as parteiras, e os municípios, além de convidar as participantes e autoridades locais, devem disponibilizar o local e o transporte até os cursos. E, depois do curso, as unidades de saúde devem também garantir a reposição do material dos kits. A ONG está a cargo da organização da ementa do curso e a definição da mão de obra técnica. Quer dizer, para acontecerem, os cursos dependem de uma articulação governamental em três níveis, regional, estadual e federal, e uma parceria com as ONGs e os movimentos sociais locais (Törnquist, 2004: 227).

Os principais objetivos dos cursos são, em linhas gerais: a) conhecer o perfil das parteiras e do atendimento por elas oferecido (idade, estado civil e prole, como começaram, quantos partos fizeram, se foram treinadas e receberam kits, se conhecem outras colegas na região, se contam com o apoio das SMS

etc.); b) anatomia reprodutiva do corpo feminino; c) importância do pré-natal; d) sinais biomédicos de complicação e risco na gravidez, parto e puerpério; e) mapeamento da geografia e infraestrutura de saúde para traçar um *plano de referência*, nos casos de *partos complicados*; f) higiene pessoal (lavagem das unhas, dedos, mãos e braços e calçamento das luvas); g) distribuição de kits⁵¹, *Livro da parteira* (Ministério da Saúde, 2000a e 2000b), camisetas, certificados, ajudas de custo e diárias; h) exemplos de outras associações de parteiras e fomento de uma “identidade de classe”.⁵²

O Programa Nacional de Parteiras Tradicionais (PNPT) e o Grupo Curumim contam com três frentes antigas e bastante desenvolvidas de trabalho: interior de Pernambuco, Arquipélago do Marajó, no Pará, e norte de Minas Gerais (Tornquist, 2004). Já que esse livro se concentra na região do Pará, vale retomar rapidamente o histórico dessa segunda frente de trabalho. Em 1998, o Curumim foi convidado a integrar um conjunto de ações que o Museu Emílio Goeldi, de Belém, vinha empreendendo com a população residente na Floresta Nacional de Caxiuanã, que está localizada dentro do município de Melgaço (Ferraz *et al*, 2002; Ferraz, 1999; Silva, 2006). Técnicos do Museu notaram que havia muitas parteiras na região e decidiram oferecer-lhes um primeiro curso de treinamento, como estratégia de aproximação e integração, para diminuir os índices de mortalidade ma-

⁵¹ Na *bolsa de material*, ou também chamados de *kits de material*, observei os seguintes itens: duas tesouras, caixa de inox para guardar as tesouras limpas e esterilizadas, escova e sabão para lavar as mãos, gaze, um par de luvas de látex descartáveis, lanterna, sombrinha, bacia de inox, lençol de plástico, fio para amarrar o cordão, *pinard*, balança com alças, três fraldas, fita métrica e uma camiseta com os logotipos das instituições envolvidas. Outras pesquisas sobre cursos também encontraram conteúdo similar (e.g. Greenberg, 1982; Faust, 1989; Parra, 1993; Pigg, 1997).

⁵² Esta ementa é muito similar aos cursos para parteiras em outros países, como mostram Pigg (1997) no Nepal, Alto *et al* (1991) na Papua Nova Guiné, Greenberg (1982) na Guatemala, Mani (1980) na Índia, Beeman e Bhattacharyya (1978) no Irã, Jordan (1993: 169-197) no México e Tornquist (2004: 230-232) no Brasil. Não é de se estranhar que bolsas de material e conteúdos programáticos dos cursos sejam padronizados pelo mundo, afinal há influência de agências como a OMS e a UNICEF, atuantes em todas estas regiões.

terna e neonatal e, ao mesmo tempo, contornar a inexistência de assistência hospitalar na região. “Naquela oportunidade, as parteiras foram indicadas pelas comunidades, para participar do seminário, por serem *lideranças comunitárias*” (Ferraz *et al*, 2002: 137, ênfase minha), exatamente como Beeman e Bhattacharyya (1978) comentaram sobre o perfil das participantes dos cursos no Irã. Outro desdobramento desta iniciativa foi “a coleta de depoimentos das parteiras, constituindo um material de resgate à memória de técnicas e da história de vida dessas parteiras” (Ferraz, 1999: 86), em sintonia com a motivação de algumas pesquisas da Enfermagem e da História, sobre parteiras no país, como foi comentado no Capítulo 2. Depois disso, muitos eventos aconteceram na região da Floresta Nacional de Caxiuanã, sempre com o casamento de recursos e intenções do Museu Goeldi, Secretaria de Estado de Saúde do Pará, Ministério da Saúde, Grupo Curumim e Unicef.

Depois destas primeiras iniciativas em Caxiuanã, o Grupo Curumim passou a ser melhor conhecido nesta região do Estado e algumas secretarias municipais de saúde começaram a demandar cursos e discussões semelhantes em seus municípios. Nestes últimos anos, a ONG visitou dezenas de vezes a região, nas cidades de Melgaço, Breves, Portel, Bagre, Curralinho e Gurupá. Ao todo, conforme pude apurar nos Arquivos do Grupo Curumim e em documentos das prefeituras de Breves e Melgaço, mais de 500 parteiras da região foram treinadas, dezenas de auxiliares de enfermagem, enfermeiras e médicos receberam palestras e, junto com secretários, conselheiros de saúde e demais gestores públicos, ajudou-se a criar algumas primeiras iniciativas para incluir as parteiras na atenção básica dos municípios. Há um grande e rico acúmulo de discussões, negociações, aprendizados e atividades sobre o parto domiciliar na região, e o Curumim foi protagonista ativo e central nesse cenário. Por isso, essa porção do Pará se destaca, junto com o Acre e Minas Gerais, como polo-piloto das ações desta ONG e é tida como experiência modelo pelo Programa Nacional de Parteiras Tradicionais.

2. *Parteiras juvenzinhas, antigas e aposentadas:* Uma hierarquia à base da prática

Uma pesquisa quantitativa sobre o perfil das parteiras de Melgaço pode ser útil para traçar um panorama inicial do grupo das 22 parteiras que atuavam na área urbana do município. Como um estudo quantitativo não foi foco de minha pesquisa, apoio-me naquela realizada à época de minha estadia na cidade. Embora pequena, a amostra de Sacramento (2005), que considerou 20 parteiras urbanas e 4 da área rural ou ribeirinha do município de Melgaço, pode servir como um panorama geral para a realidade mais sociológica dessas mulheres. Três parteiras tinham até 40 anos, 10 estavam entre 41 e 60 anos e 11 já tinham mais de 61 anos (*ibid*: 19). Somente nove dessas 20 entrevistadas tinham estudado até a terceira série primária (*ibid*: 20). Uma metade era dona de casa, e a outra, agricultora.⁵³ A grande maioria era casada, enquanto cinco se disseram separadas e outras cinco, viúvas (*ibid*: 22). Possivelmente nenhuma dessas mulheres tenha casado formalmente em cartório, já que o amasiamento era a regra comum de coabitação. O importante é notar que nenhuma se classificou como solteira. Somente quatro destas mulheres tinham até cinco filhos. Oito tinham entre 6 e 10 filhos, nove, entre 11 e 15 filhos, e três parteiras tinham mais de 15 filhos (*ibid*: 25). Como vimos no Capítulo 3, um dos requisitos para se tornar parteira era ter a experiência do casamento e da maternidade. Quanto à renda dessas mulheres, uma alegou que não contava com qualquer renda. Dez manejavam até um salário mínimo, outras dez viviam com dois, e apenas três contavam com a entrada de três salários mínimos em casa (*ibid*: 24). Possivelmente, estas últimas eram casadas ou viúvas, e o casal aposentado pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural. Este perfil coincide com a maior parte das mulheres que

⁵³ Infelizmente, aqui, o questionário utilizado não contemplou a possibilidade da simultaneidade de atividades. Vimos, no Capítulo 3, como a maior parte das mulheres coordenava suas atividades em casa com suas tarefas na roça e com outros biscates (como, por exemplo, vender *chope*, costurar, *puxar* barrigas etc.).

compõem as famílias e as clientela dessas mulheres: pouco estudo, donas de casa e agricultoras, casadas e com muitos filhos.

Quatro parteiras começaram a *aparar crianças* entre os 10 e 20 anos de idade; duas entre os 21 e os 30 anos; 16 já tinham entre 31 e 40 anos e duas já passavam dos 41 anos de idade quando *pegaram seu primeiro filho de umbigo* (*ibid*: 31). Nessa trajetória, a maioria, 15 respondentes, tinha realizado até 100 partos e somente cinco estavam na marca dos 101 a 200 partos (*ibid*: 32).

Antes de passarmos aos exemplos que escolhi para discutir a relação entre algumas das parteiras de Melgaço, gostaria de apresentar a classificação nativa que pode nos ajudar a entender como havia diferenças entre elas e como, em seus próprios termos, acomodavam-nas em sua convivência diária. De fato, havia muitos fatores que poderiam contribuir para o prestígio de uma mulher – o fato de ser casada, ter um marido trabalhador, ter filhos escolarizados, ostentar um nível de vida mais confortável etc. Mas vimos que a disputa em torno da legitimidade de ser parteira se dava em outro patamar, em torno da ideia de sua capacidade técnica.

Assim, conforme os dados de Sacramento (2005) e pelo que já foi visto em capítulos anteriores, muitas mulheres dessa região têm alguma experiência obstétrica mínima, mas só algumas delas se destacam realmente como parteiras. Referidas como *parteiras antigas, velhas* ou *idosas*, estas eram as mulheres com centenas de partos no currículo, com muita demanda de trabalho e geralmente já perto dos 60 anos. D. Dorca, D. Tapuia, D. Dourada, D. Maria Silva, D. Luzia e D. Maria Paula eram, à época da pesquisa, as *parteiras antigas*, conhecidas por toda cidade de Melgaço e, especialmente os três primeiros nomes, com uma média de dois partos por mês. Havia dois outros tipos de parteiras, as *jovenzinhas* e as *aposentadas*. Vejamos estes dois grupos com mais vagar.

As *jovenzinhas*, com talvez até meia dúzia de partos realizados, eram também chamadas de *parteiras verdes* ou *novas*. Era o caso de Joana, Neném e Sabá, que estavam abaixo dos 40 anos e não eram ainda tratadas como *senhora* ou *dona*. As *jovenzinhas* ti-

nham menos experiência obstétrica e, portanto, sabiam menos. Uma tarde, enquanto D. Dorca terminava sua tarefa escolar e eu registrava acontecimentos em meu diário de campo, lhe perguntei se as parteiras que atendiam pouco (como as *novas*) poderiam ser consideradas parteiras. Ela soltou uma bela gargalhada e respondeu:

É, minha filha, eu já pensei nisso. Muitas são parteiras só no nome, né? Eu também já pensei se elas podem participar da Associação mesmo se atendem pouco. Eu já conversei com as meninas [do Grupo Curumim] sobre isso, e acho que podem sim. Eu, se eu ficar um ano sem atender, eu não vou mais atender não. É como estudante. Se você passa um ano sem estudar, quando você volta, você esqueceu tudo. Vamos supor: você passou na terceira série e parou de estudar. Aí, você quer voltar a estudar e acha que pode ficar na quarta série. Vai dar com a cara na porta. Vai ter que voltar pra terceira série. O trabalho de parto é como se fosse um estudo. Cada parto que você faz é uma experiência nova que você pega. É como uma nova prova que você faz. Tem prova difícil, tem prova que você tira fácil.

Assim, pelo que entendo do depoimento de D. Dorca, somente quando as *parteiras juvenzinhas* passassem a atender mais e, com isso, ganhassem experiência prática regular – essa espécie de *estudo* –, começariam a ascender ao *status* de *parteira antiga*. E, acrescento, era necessário que tendessem a acertar seus diagnósticos e que não *perdessem mulher*. Até lá, se continuassem a atender pouco, permaneceriam como *parteiras juvenzinhas* por muito tempo até que fossem esquecidas como uma provável atendente disponível e seriam, como disse D. Dorca, *parteiras só no nome*.

Até pouco tempo, D. Jita morava no interior, onde havia atendido alguns partos. Em Melgaço, só depois de passar por quatro cursos e ganhar uma “madrinha”, seu nome começou a circular: “A Dorca já me conhecia de Caxiuanã. Foi ela que contou pra cidade que eu sou parteira”. D. Jita e D. Zuleide, ambas

com cerca de três dezenas de partos realizados e com mais de 50 anos, estavam realmente na transição do *status* de *parteira jovenzinha* para o de *antiga*. Quando D. Dorca, por exemplo, teve que viajar para um encontro de parteiras em Pernambuco, visitou cada uma de suas pacientes para avisar da ausência temporária e para indicar estas duas parteiras como possíveis substitutas. Ao recomendar estes dois nomes, reforçava a ascensão de Jita e Zuleide no quadro obstétrico não oficial da cidade. Como nem sempre as *antigas* estavam disponíveis, a tendência era que algumas das *jovenzinhas* fossem chamadas para atender, se tornassem um pouco mais conhecidas e paulatinamente substituíssem as primeiras. Por outro lado, D. Anunciação, D. Raimunda, D. Jandira e Zezinha, apesar de perfil semelhante ao de Jita e Zuleide – poucos partos e idade suficiente para serem *antigas* – não seguiam o mesmo trajeto e talvez demorassem mais ou jamais chegassem ao lugar de D. Dorca, por exemplo. Encontrei moradores que nem sabiam, por exemplo, que Zezinha e D. Jandira eram parteiras. Ter alguma experiência de *aparar menino* não significava necessariamente ser identificada como “parteira”. Uma mulher se autoproclamar como “parteira”, atender um parto aqui ou ali e participar de alguns cursos não era suficiente para ser conhecida, pela vizinhança afora, como tal, como tal. A meu ver, estas últimas quatro parteiras – D. Anunciação, D. Raimunda, D. Jandira e Zezinha – tendiam a ficar *só no nome*.

Algumas podiam ter esse trabalho reconhecido num curso, como foi o caso de Jita. Contudo, para outras nem os cursos eram suficientes. Uma tarde, eu estava usando um dos poucos orelhões em funcionamento na cidade. Uma senhora passou com uma travessa cheia de *chopes* recém embalados. Eu não resisti e perguntei se estavam à venda. Disse que sim e me convidou para experimentá-los. Enquanto eu tomava um *chope de cupu*, meu favorito, conversei com ela e sua filha. Depois que souberam do teor de minha pesquisa, a mãe disparou: “Essa minha filha sempre quis ser parteira, ela já fez todos esses cursos da cidade. Ela assistiu alguns partos com a irmã Dorca e aprendeu a amarrar o umbigo”. Eu levei um susto: estava na cidade

há meses, tinha mapeado e visitado todas as parteiras locais, mas nunca tinham me indicado essa moça, eu nunca tinha conhecido um de seus *filhos de umbigo*. E assim, percebi que nem todas as moças interessadas no ofício seriam identificadas como *parteiras* e, muito menos, alçariam sequer o posto de *verdes*. Os cursos poderiam ajudar nessa ascensão, mas definitivamente não a garantiam. E, de fato, de todas as *parteiras juvenzinhas* que eu havia conhecido, somente Zuleide e Jita vinham se destacando com um pouco mais de demanda por atendimento depois dos cursos. Como dito anteriormente, elas se encontravam num momento de transição e, pelo fato de D. Dorca estar lhes amadrihando nesse processo, outras parteiras próximas desta última tendiam a reproduzir sua opinião. O que eu notava, em geral, é que quem atendia muito antes dos cursos, assim continuou depois dos mesmos. E estas eram todas mulheres com mais de 50 anos e com um vasto “currículo”. Ao que parece, só depois de certa idade é que as *verdes* entravam no rol de candidatas à *parteira antiga*. E mesmo assim, só algumas destas se tornariam realmente *famosas*.

Além das *juvenzinhas* e *antigas*, vejamos o terceiro tipo. De certa forma, as *parteiras aposentadas* eram todas *antigas*, isto é, sêniores em termos etários e técnicos, muito conhecidas e com amplo lastro de atendimentos. E até um passado recente, estavam atuando. Porém, não tinham mais condições físicas de continuar enfrentando a *labuta dos partos*. Mas seu nome era facilmente lembrado por toda comunidade e, portanto, continuavam *famosas*, porém geralmente inativas. Esse era o caso de D. Benedita, D. Chiquita, D. Raimunda Andreza, D. Santana. Outras, como D. Dolores, D. Marina, D. Delfina, tinham sido *parteiras idosas* no interior, mas, ao migrarem para Melgaço, sua experiência não se alastrou ao ponto de lhes manter na ativa. A mudança de *paragem* lhes diminuiu bastante o serviço. Algumas pessoas mais atentas à movimentação gerada pelos cursos perceberam que D. Marina, por exemplo, tinha participado de um par dos mesmos. Só então se ficava sabendo que era ou, ao menos, tinha sido parteira. As *parteiras aposentadas* queriam con-

tinuar sendo lembradas e reconhecidas pela sua contribuição à população e muitas manifestavam interesse nos cursos e nas reuniões da associação.

Interessante notar que todas as categorias usadas tinham por base o *saber obstétrico* (angariado pelo *dom*, experiência prática, a *herança*, os cursos etc.), a *quantidade de partos* e a *idade* da parteira. As categorias eram fluidas o bastante, contudo, para combinar esses critérios, nem sempre proporcionais. Por exemplo, uma parteira podia ter enfrentado poucos mas *difíceis* partos. Outra parteira, como D. Dorca e D. Tapuia, podiam ter acumulado centenas de partos, com ou sem *aperreio*, e já estar entre 60 e 70 anos de idade. Ambos os casos poderiam ser classificados como parteiras *famosas*, mas só aquelas no segundo grupo seriam também *antigas*. Idade não correspondia exatamente ao *status*, mas ajudava a localizá-lo. Havia *parteiras antigas* com menos de 60, havia *parteiras verdes* com 20 ou com mais de 40.

Assim, só para visualizarmos a discussão até aqui empreendida, criei uma tabela estimativa para resumir a classificação que era dirigida às 22 parteiras da cidade:

Tabela 2. Parteiras de Melgaço, classificadas à base da prática

<i>Parteiras só de nome</i>	<i>Jovenzinhas, novas ou verdes</i>	<i>Novas em ascensão ao status de antigas</i>	<i>Antigas</i>	<i>Antigas que escolheram se aposentar</i>	<i>Antigas que foram aposentadas</i>
D. Anunciação	Joana	Jita	D. Dorca	D. Benedita	D. Marina
D. Raimunda	Sabá	Zuleide	D. Tapuia	D. Chiquita	D. Dolores
D. Jandira	Neném		D. Dourada	D. Raimunda	D. Delfina
D. Zezinha			D. Maria Silva	Andreza	
			D. Luzia	D. Santana	
			D. Maria Paula		

Outras pesquisas também notaram distinções internas ao ofício. Tornquist, por exemplo, percebeu que, dentre as parteiras do nordeste mineiro, havia aquelas com uma “missão” (“a partir de uma noção de dom e vocação, são reconhecidas como parteiras experientes”), com um “ofício” (“não tendo tanta experiência e dom, costumam atender os partos mais simples e

encaminhar os demais, seja à outra parteira, seja ao hospital”) e aquelas que “devem ajudar uma mulher” em “caso de emergência”, chamadas de “parteiras de ocasião” (2004: 213). Num esforço analógico com o cenário em Melgaço, as primeiras seriam as *parteiras antigas* (ou *idosas*), as segundas, aquelas *em ascensão ao status de antiga*, e as últimas, as *parteiras juvenzinhas* e até, talvez, as *parteiras só de nome*. A autora também encontrou outros termos, como *curiosa*, *aparadeira*, *parteira eventual*, apesar de não se aprofundar em suas especificidades. Classificações internas ao ramo são, pelo visto, comuns e significativas em várias partes do país.

Passemos agora à repercussão da tabela 2 nas práticas cotidianas e relações com outras colegas, profissionais de saúde e visitantes em Melgaço. Temos aqui uma visão “nativa” da hierarquia das parteiras, avaliadas à base da antiguidade na profissão, experiência prática, grupo etário etc. Com os dois seguintes exemplos – a relação de D. Dorca com D. Tapuia e a relação de D. Dorca com D. Benedita – pretendo entender como, dentre vários outros fatores, os cursos de treinamento interferiam nessa hierarquia entre as parteiras e nas relações que estabeleciam entre si. Como era possível eventualmente modificar a hierarquia entre parteiras *verdes*, *famosas*, *aposentadas*? Como definiam os aspectos que confirmavam a popularidade de umas e não de outras?

3. Os cursos de formação em cena:

Dois exemplos para pensarmos as relações entre as parteiras de Melgaço

3.1 D. Tapuia: Uma *parteira antiga* que preferia ignorar os cursos

Assim que cheguei a Melgaço, ouvi dizer que D. Dorca e D. Tapuia eram as duas parteiras mais procuradas para partos, *puxações* e *aperreios*. Quando perguntei à minha anfitriã quem era essa outra afamada parteira, D. Dorca começou assim: “[Ela]

mora pra lá, ela nunca quer participar de treinamento, acha que não precisa aprender mais nada”. Levei um susto. D. Dorca, naqueles meus primeiros dias, ainda não havia tecido qualquer comentário negativo em relação às suas colegas. D. Tapuia *mora pra lá* e, por isso, atendia a metade direita da cidade (de quem olhava a cidade a partir da linha do rio), enquanto D. Dorca se encarregava do lado *de cá*. Vizinhança, como tantas vezes apontei, era um dos critérios importantes para se escolher e *contratar* uma parteira. E, em seguida, D. Dorca concluiu a frase:

É, eu já fui convidar ela duas vezes para participar de reunião, de curso. Ela fica falando lorota. Diz que o que ela aprendeu é pro resto da vida. Diz que antes de existir essa coisa de reunião, ela já trabalhava. O marido dela não gosta que ela fique longe; não tem quem faça nada na casa dela – ela dá as desculpas dela.

Ficou-me claro que uma tensão existia entre as duas e, naquele momento, se fazer presente ou não nos cursos de treinamento parecia ser uma importante forma de demonstrar isso.

Semanas depois, quando pedi que D. Dorca me contasse de outras parteiras na cidade, no sentido amplo, ela se ateve, novamente, à D. Tapuia:

Vou te contar uma história para você entender quem ela é. Foi assim. O rapaz tinha falado para eu fazer o parto da mulher dele. Foi o dia que deu a dor na Olívia também. Como eu tava lá [com Olívia], ele foi chamar a Tapuia. Quando foi de tarde, ele disse pra eu ir lá. Ela tava aperreada e nada de ter o filho. A Tapuia tava lá e não dizia nada. Eu fui pra lá. Cheguei lá e a mulher tava deitada lá, se esforçando e nada. Eu disse, “Bora, minha filha, levanta. Deixa eu te ajudar. Vamos dar uma caminhada”. Caminhou, caminhou até que disse que não podia mais. Essa moça era muito esparrenta. Eu fiquei segurando por trás e a D. Tapuia pegou o menino. [...] Elas fazem assim, querem que a mulher tenha o filho antes da hora de nascer.

Aqui, D. Dorca me revelava que ambas já haviam atendido partos juntas. Então, a rusga não existia desde sempre; ou, de outra forma, as rugas talvez permanecessem – e até se pronunciassem – ao longo dos *aperreios* compartilhados. *Partos difíceis* demandavam que uma segunda ou até terceira parteira fosse chamada a ajudar. Geralmente, não se negava esse apelo, mesmo quando havia atritos entre elas.

D. Dorca também ficava sabendo da concorrente pelos comentários alheios. Algumas mulheres haviam sido atendidas por D. Tapuia bem como por outras parteiras, antes de baterem à porta de D. Dorca (e vice-versa, por certo). Como visto no Capítulo 3, troca-se de atendente por vários motivos, como conflitos entre as duas famílias, diferenças de estilos e preços, proximidade geográfica, disponibilidade, migração etc. Assim, algumas das pacientes de D. Dorca, à época da pesquisa, já haviam passado pelas mãos de D. Tapuia e era inevitável que minha anfitriã avaliasse o atendimento oferecido por essa parteira. Uma noite, uma moça veio pedir para D. Dorca lhe *puxar*. Assim que saiu, a parteira comentou comigo:

Essa daí está grávida de três meses. Ela me procurou para eu puxar ela. Ela me disse que sentia uma bola de sangue dentro do corpo. Era gravidez mesmo. É a terceira gravidez dela. A Tapuia disse pra ela que não era gravidez.

Assim, as informações sobre uma outra parteira, vindas de fonte primária (observações diretas feitas durante partos compartilhados) ou secundária (das bocas e ventres de pacientes que transitavam entre diversas parteiras), serviam para que D. Dorca conhecesse melhor suas colegas e, ao serem passadas adiante, estas informações serviam para lhe diferenciar e tentar se sobrepor às concorrentes.

Notei, também, um segundo bloco de comentários de D. Dorca sobre a colega. Várias vezes, ela me disse que a casa de D. Tapuia era *imunda*:

Eu já fui em casa de outras parteiras. Tem umas mais sujas ainda. D. Tapuia, agora não sei, porque mudou pra uma casa quase toda de alvenaria. E naquela que você conheceu, tá morando o filho dela. Mas aquela era bem imunda.

Essa frase me foi dita em circunstância interessante, que nos ajuda a localizar como D. Dorca classificava de forma ambígua a concorrente. Num curso de alimentação infantil, D. Dorca e eu ouvimos a secretária municipal de saúde dizer que seria capaz de conhecer uma pessoa pela limpeza da cozinha e do banheiro de sua casa. De noite, eu não podia deixar de perguntar sua opinião sobre tal comentário. D. Dorca começou dizendo que sua própria casa não ficava arrumada como gostaria “porque agora é muita gente e tudo fica revirado o tempo todo”. Mas, logo em seguida, lembrou que a esposa do pastor de sua igreja, a esposa do prefeito e D. Tapuia também tinham casas *bagunçadas* e *sujas*. D. Dorca reconhecia que poderia ser julgada pela situação de sua própria casa, mas não sem colocar em questão a casa de três mulheres que, para ela, estavam dotadas de proeminência na cidade. Por mais que D. Dorca tentasse desvalorizar D. Tapuia pela *sujeira* de sua casa, ao agrupá-la com a esposa do pastor e a primeira dama, sua tentativa não era de todo exitosa. Era em um cenário de destaque que ela localizava a concorrente.

Um outro exemplo nesse sentido nos ajuda a perceber o quadro de tensão entre as duas parteiras. Em outro dia, na unidade de saúde, eu e D. Dorca conversávamos com uma enfermeira, que nos contava sobre o trabalho dos agentes de saúde. Eu lhe perguntei quais eram os principais problemas encontrados entre os moradores visitados. Esperava algum tipo de doença, como amebíase, diabetes, pressão alta e me surpreendi quando a enfermeira disse:

É falta de higiene, mana. Teve um surto de meningite na casa da D. Tapuia. Os ACS [agentes comunitários de saúde] foram lá pra lavar toda a casa dela com água sa-

nitária. Ela espantou todo mundo com um terço. Eu saí correndo de medo. Ela não deixou ninguém limpar a casa dela.

Mas D. Dorca não se assustou com a informação e passou a reproduzi-la, sempre que precisava se contrastar da outra parteira. Pelo que eu entendia, *casas sujas*, além de denegrirem a respeitabilidade de seus proprietários, também atraíam *doenças*, inclusive gineco-obstétricas. E era D. Tapuia a escolhida por D. Dorca para ilustrar essa correspondência.

Em minhas andanças pela cidade, pela sala de espera do hospital e corredores da prefeitura, conheci muitas moças que haviam parido com a assistência de D. Tapuia. Então, minha curiosidade em conhecê-la só crescia. Por toda a cidade, sabia-se que eu morava com D. Dorca e, numa volta do mercado, cruzamos com a outra parteira pela primeira vez. As duas parteiras não se cumprimentaram como era praxe entre conhecidos – um longo e agudo “Uuui!” seguido de perguntas sobre a trajetória da caminhada, a família e os últimos afazeres – apenas trocaram um aceno de cabeça. No primeiro ano em campo, eu fui visitá-la. Eu a encontrei estendendo roupas lavadas no varal à frente de sua casa de taipa. Ela pareceu um pouco hesitante a princípio e depois soltou um sorriso tímido. D. Tapuia era uma mulher na faixa dos 60 anos, pele maturada pelo sol, cabelos brancos soltos à vontade. Grandes olhos brilhantes e as sobrancelhas bem pretas lhe davam um ar sombrio, quase amedrontador.

Ela me convidou a entrar: “Vamos aproveitar que o meu velho tá pra roça e vamos bater um papinho aqui dentro”. Passamos pela lateral da casa e entramos pelos fundos. Sua casa era maior do que a de D. Dorca, mais equipada com eletrodomésticos, cômodos, móveis. Na sala, ela conversou comigo por quase duas horas de forma muito amável e serena. Como D. Dorca, ela era chamada para desenrolar *partos difíceis*, numa clara expressão de sua ascendência sobre as demais atendentes:

Eu tenho vergonha de entrar quando tem outra parteira. Mas, uma vez me chamaram. A coisa tava complicada e

me chamaram. Eu cheguei e vi a outra parteira. Ela dizia para mulher, “Essa besta tá levando tempo demais para ter esse filho”. Eu fiquei de lado, não queria me meter no trabalho da outra. Mas a coisa não andava. Aí, eu falei pra parteira, “A senhora deixa eu puxar a mulher?”. O problema é que não tava na hora e ela já tava pedindo para a moça fazer força. Não ia sair nunca. Quem sabe não mede. Quem não sabe, mede três dedos. Eu levantei a moça e fiz ela caminhar. Andou até não dar mais conta. Pediu para deitar e eu ajudei ela a deitar. Foi ela deitar que o menino começou a nascer. Eu deixei a parteira pegar. Eu não tenho imbição. Ela ficou mordida, mas depois ela ficou bem comigo.

Nessa narrativa, D. Tapuia me ajudou a entender o valor do *saber*. *Quem sabe, não mede*, quer dizer, a parteira experiente não precisava contar a centimetragem da dilatação ou a minutagem das contrações. *Quem sabe* não precisava quantificar o parto. Bastava conhecer aquela *buchuda*, tocar e *puxar* sua barriga, observar o grau de seu *aperreio*. Bastava ter experiência para saber. E com este depoimento, notei duas importantes semelhanças com D. Dorca. Primeiro, o saber não só diferenciava as parteiras como tampouco, obviamente, provinha sempre dos cursos (e, mesmo se fosse creditado aos cursos, nem sempre era necessário ou estratégico admiti-lo). Segundo, *quem sabia* não precisava competir com outra parteira, nem passar na sua frente para atender uma paciente, nem correr para terminar o serviço. *Quem sabia* não precisava alardear sua disponibilidade já que sua capacidade facilmente seria divulgada de boca em boca, pelas pacientes satisfeitas a futuras pacientes. Assim, *quem sabia* não precisava ter *imbição*, como explicou D. Tapuia. Terceiro, sua ajuda nesse parto foi estruturalmente idêntica à ajuda que D. Dorca lhe ofereceu no parto por ela descrito anteriormente. Como vimos, ao final do seu depoimento, D. Dorca ensinou, “Elas fazem assim, querem que a mulher tenha o filho antes da hora de nascer” e D. Tapuia, nesse último depoimento, repetiu quase o mesmo: “A parteira tava querendo que ela fizesse força antes da hora”. Por mais que diferenças estivessem sendo traça-

das entre elas, quando tive a chance de conviver com ambas, me pareceu atuarem de forma muito semelhante.

A fama sisuda e misteriosa de D. Tapuia foi se dissipando. No ano seguinte da pesquisa, tornei a vê-la. Ela já não mais morava na casa de madeira. No terreno ao lado, uma casa de tijolos e telhas tinha sido erguida. Faltava o reboco, a pintura e a cerâmica no piso, todos itens muito valorizados na cidade. D. Tapuia ascendia a olhos vistos, talvez como resultado de um ano profícuo em partos, talvez como resultado dos bons contatos que mantinha com as *peessoas da frente* (uma de suas filhas, por exemplo, era casada com o secretário municipal de obras). Ao entrarmos por dentro da casa, ela foi me mostrando o que planejava para cada espaço. Até banheiro interno ela havia previsto. Porém, dessa vez, ela estava menos acessível. Quando chegamos aos fundos, ela continuou a tratar o peixe que o neto havia pescado, enquanto eu e seu gato branco a observávamos atentos à beira do jirau da cozinha. Respondeu-me de forma pontual, quase telegráfica. Dessa vez, eu já não me sentia bem-vinda e me despedi assim que ela lavou as mãos e passou ao fogão de lenha. O jantar precisava ficar pronto, e eu não queria ser um estorvo.

Nestas conversas, descobri que ela sabia exatamente quem tinha feito cursos do Grupo Curumim; que a Associação de parteiras se reunia mensalmente e, quando D. Zuleide ficou doente, lhe emprestou dinheiro para chegar até Belém; que havia uma expectativa de “sair um pagamento pras parteiras na prefeitura” etc. Sabia dos bastidores deste coletivo, embora nunca tivesse estado presente em uma reunião. Além disso, ela tinha livre trânsito pela *unidade*: apanhava material obstétrico; incentivava que suas pacientes cumprissem suas consultas de pré-natal; e sabia até do subaproveitamento de medicamentos e recursos, ao me contar que um lote intacto de vacinas havia sido incinerado por extrapolar sua validade. Contudo, talvez porque conhecesse os limites da *unidade*, talvez porque soubesse das críticas que espalhavam a seu respeito, D. Tapuia não encaminhava partos para o hospital:

Eu nunca levei mulher para o hospital. Nunca foi preciso. Se elas querem ir, elas vão sozinhas. Se querem levar, levam. Eu é que não vou. Não tem precisão. Eu não posso ir porque tem outros partos aqui. Tô contratada e não posso deixar minhas pacientes. E fora as que aparecem de surpresa.

D. Tapuia certamente precisava ser relativizada. Ela não era avessa a todo contato com a biomedicina e seus representantes, como me era alegado por D. Dorca e algumas enfermeiras. Ela conhecia bem as outras parteiras, principalmente as *antigas*, e sabia das críticas que lhe direcionavam. E, em minha última visita, ouvi dela:

A minha vontade é largar esse serviço de parto. É que falam muito mal de mim. Não gosto disso de jeito nenhum. Eu faço meu trabalho direito. Por que reclamam? Só porque eu não faço os cursos. Eu não quero fazer. Eu já fiz em Santarém.⁵⁴ Já sei o que devo e não devo fazer. Me deixem trabalhar! A Dorca e a Maria é que falam mal de mim. Eu não falo delas. Acho que é tudo inveja porque eu atendo muito mesmo. Me chamam sem parar.

Aos seus 70 anos à época e, conforme seus próprios cálculos, com mais de 1.200 partos realizados, conhecia muito bem o cenário obstétrico oficial e não oficial da cidade. Ressabiada com as fofocas e a convivência entre as parteiras, D. Tapuia procurava evitar situações em que se sentia exposta. Reservava-se a um nicho de segurança – suas pacientes – que há muito já a conheciam, sabiam que *nunca havia morrido ninguém em sua mão e a chamavam sem parar*.

⁵⁴ Segundo me contou, ela havia recebido um curso de um mês pelas mãos de um médico, numa espécie de discipulado individual, sem a presença de outras “alunas”: “Fiz um curso, mas era só eu. Aqui os cursos é de muitas”. Pelo que entendi, D. Dorca e suas colegas mais próximas não sabiam dessa informação, que não era muito divulgada por D. Tapuia.

3.2 D. Benedita: Uma parteira aposentada que aproveitava plenamente dos cursos

No segundo dia em que eu estava em Melgaço, ainda em 2004, D. Dorca disse que queria me levar à casa de D. Benedita, conhecida por todos como D. Bené. Ao contrário de D. Tapuia, eu seria oficialmente apresentada, pelas mãos de minha anfitriã. D. Bené foi a primeira de toda uma rodada de visitas, planejada por D. Dorca, a quase todas as parteiras da cidade. No início, achei muito dadivoso ela me referenciar dessa forma, eu acreditava que ela tinha compreendido os intuitos de minha pesquisa e me abria as portas em campo. Aos poucos percebi que meus objetivos não eram a única motivação que lhe orientavam nessas visitas. Ao escolher uma ordem e um grupo específico de mulheres para visitar, D. Dorca estava me informando que *se dava* somente com algumas das 22 parteiras da cidade e, dentro deste raio, *se dava* mais com umas do que com outras. D. Bené, pelo que entendi, encabeçava este rol de relacionamentos ou, como vim a entender, assim deveria ser considerada.

Ao contrário das outras parteiras, D. Bené morava numa casa de madeira na praça do trapiche. Local privilegiado da cidade, ela recebia a brisa que vinha da baía e contava com a visão panorâmica de toda a movimentação portuária. Assim que chegamos e cadeiras nos foram oferecidas, D. Dorca disparou: “Essa é a moça que a gente tava esperando”. D. Bené disse: “Ah, eu pensei que fosse a Stephanie. Ela é tão boazinha, sempre traz tantos presentes para mim”. E passou a apontar para os itens, ainda embalados, que havia recebido da cineasta paulistana e que ornamentavam estantes e paredes da casa. Ela me identificava com as pessoas *de fora* que vinham conhecer as parteiras da cidade e, mais importante do que isso, pontuava como era reconhecida na forma de regalos e lembranças.

Senhora de cabelos ondulados muito brancos, sorriso largo e poucos dentes, D. Bené era falante e risonha, mas caminhava com dificuldade sobre suas pernas levemente arqueadas. Ela tinha 11 filhos vivos dos 15 nascidos e, àquela altura, uma

filha e uma neta lhe faziam companhia. De um ano a outro da pesquisa, ela enviuvou e lhe ficaram evidentes as marcas da solidão: ela minguara, ficara ainda mais *petite*, perdera um brilho no olhar e os assuntos vinham-lhe de forma cada vez mais repetida. Com o companheiro, havia migrado para a cidade com 15 anos em 1945 e, como antiga moradora, D. Bené tinha testemunhado muito da história da cidade e fazia parte de uma das três importantes famílias locais. Tinha vários filhos, netos e sobrinhos que ascendiam socialmente. Muitos deles, como se dizia, *tinham profissão* (como eu notara na família de D. Tapuia e não na de D. Dorca). Dois filhos eram professores, uma era auxiliar de enfermagem, outra tinha uma banca de *tacacá*. Um neto era proprietário de um açougue, uma sobrinha era funcionária concursada do fórum de justiça e outra tinha sido a secretária municipal de saúde. Eu apenas tivera a chance de conhecer uma porção mínima de sua parentela, mas notava como se espriavam pelas linhas do poder local. E, por fim, herdara a profissão de sua mãe, irmã, cunhada e sogra, todas parteiras, e contava com um “currículo” respeitável. Pertencer a uma família “tradicional” e ter ajudado centenas de melgacenses a nascer (inclusive vários filhos de D. Dorca) lhe garantiam um duplo prestígio e era difícil alguém não conhecê-la.

D. Bené não era do tipo modesto. Sempre que eu lhe visitava, havia dois assuntos que pautavam nossas conversas e ela fazia questão de figurar como protagonista central destas narrativas. Primeiro, ela recordava os *partos difíceis* que atendera com sucesso (como era comum notar nas conversas com outras parteiras também). Segundo, ela listava as pessoas que haviam vindo lhe visitar em razão de sua experiência como parteira. Se a conversa desviasse de ambos os temas, ela rapidamente conseguia – falando mais alto, tocando insistentemente em meu joelho, interrompendo bruscamente a conversa entre duas outras pessoas – que voltássemos a eles, já que claramente contribuía para que ela construísse sua imagem como parteira *famosa*. E cada visitante deixava um presente, cuidadosamente mantido (sequer entrando no circuito de consumo

da casa), servindo como prova concreta de suas influentes relações dentro e fora da cidade. Importante ficar claro que D. Bené era uma mulher pobre, vivendo da parca aposentadoria do marido que fora funcionário braçal da prefeitura. Mas parecia desejar se elevar sobre as demais parteiras da cidade pelo seu capital social tanto como atendente *famosa* quanto como matriarca de uma família tradicional e capilarizada em posições oportunas pela cidade.

Apesar de sua legitimidade histórica na cidade, D. Bené já se considerava *aposentada* e era comum que as pessoas se referissem a ela no passado: “D. Bené foi uma boa parteira”, “Ela atendia muitos partos quando me mudei pra cá” etc. Nos últimos anos, os cuidados com o marido moribundo, problemas de vista e nas pernas lhe indisponibilizavam para os partos e seus atendimentos diminuiriam bastante. Muitas *buchudas* me explicaram que não mais a chamavam, enquanto D. Bené dizia, “Me chamam sempre, mas não posso mais ir”. Tentava passar a ideia de que escolhera se *aposentar* e não de que fora *aposentada* pelo ostracismo. Apesar de mais *antiga* e talvez mais experiente do que D. Dorca, era esta última que agora se destacava como uma das principais parteiras locais. Apesar de serem comadres, ficava claro como disputavam a referência na cidade. Das duas, D. Dorca era, de fato, a parteira *contratada*, mas D. Bené só muito lentamente ia perdendo o lugar privilegiado de *parteira famosa*.

D. Bené ocupava um lugar especial: era consultada como a “última palavra” em casos complicados. Isto poderia significar ela ser chamada para finalizar um parto já iniciado por outra(s) parteira(s) ou, se não conseguisse ir até o cenário do parto ou da *puxação*, alguém era enviado até sua casa para descrever a situação e receber suas sugestões, que seriam levadas de volta à cena do parto, com a esperança de resolverem o mais rapidamente possível aquele *aperreio*. Era sua larga experiência que lhe garantia este posto que denomino de “conselheira obstétrica”. No parto de Acácia, depois de muito tempo observando as tentativas frustradas de D. Dorca e D. Jita para *desengatar* o bebê,

Ana, neta de D. Bené, foi lhe chamar para ajudar (como vimos no Capítulo 4). Dias depois, foi assim que ela rememorou sua participação no mesmo:

Aquela noite, vieram atrás de injeção pra dar força. Mas eu não tinha. [...] A Dorca não mandou me chamar. Mas minha filha disse para eu ir. Fiquei com pena de fazer aquele trabalho, ando muito nervosa [por conta do marido adoentado à época]. [...] Fiquei nervosa, com medo não. Fiquei foi nervosa. Falei para Dorca ir para a frente que eu ia fazer o serviço.

Mas, um ano depois, em virtude da passagem do tempo (que tendia a amenizar conflitos) ou porque se dirigia a mim, público externo, D. Bené recontou assim este mesmo parto, já sem se lembrar que nele eu estivera presente:

Eu fui àquela noite para ajudar a Dorca. Aparpei na pente [da Acácia] e topei com a cabeça da criança. Pedi à Jita para balançar a perna, uma de cada lado. O braço escorregou. Dorca pegou o braço. Aí, a Acácia fez força como se fosse fazer cocô e saiu a cabeça. O médico não faz serviço sozinho. Imagina a parteira, então.

No primeiro depoimento, D. Bené mostrou como tomou a dianteira da situação, acatando ao chamado – à revelia de D. Dorca –, dando ordens às outras duas parteiras e finalizando o parto. No segundo depoimento, pareceu reconhecer que a cooperação entre elas era por vezes necessária, mas enfatizava sua ascendência nesta orquestração.

Mas a função de “conselheira obstétrica” aos poucos ia incomodando D. Dorca, como ela comentou comigo e outras parteiras que lhe visitavam no dia seguinte ao imbróglio de Acácia:

Quando chamaram a cumadre Bené, era como se eu não tivesse dado conta. Ela pode ter mais experiência que eu, mais anos de trabalho. Mas ela tava mais nervosa. A mão dela tremia. A Bené deixou o bebê arreado.

Não podia. Tinha que ter puxado o bebê para cima. Ele prendeu o ombro. Se não, já tinha saído. [...] Mas esse caso foi culpa de ter tido muita parteira. Se fosse só eu, eu tinha dado conta.

Além de desmerecer a atuação de D. Bené, esporadicamente observada nos atendimentos, D. Dorca também relativizava a onipotente imagem que a colega havia consolidado, ao lembrar que havia *deixado o bebê arreado* e atuara com as mãos trêmulas. D. Dorca parecia tentar fazer valer sua substituição à D. Bené.

Porém, o que mais gravemente questionava o renome de uma parteira era *perder mulher* (isto é, a parturiente morrer). Esses poucos casos eram tabus e dificilmente consegui que me contassem de mortes maternas. Portanto, lembrar publicamente estes casos significava infringir o decoro local e a gravidade dessa infração se pronunciava conforme o interlocutor. Contar numa roda de parteiras era tentar estabelecer alianças e distinções internas; comentar com uma enfermeira da *unidade* ajudaria a abalar a já frágil relação que a instituição mantinha com as parteiras locais e, na próxima vez que a parteira implicada ali aparecesse, provavelmente seria admoestada pelo caso; contar à antropóloga em campo ou a qualquer outra pessoa que estivesse de visita à cidade (sobretudo, em função das parteiras) era, a meu ver, revelar facções e conflitos dentro do grupo. Uma tarde, tentando entender algumas palavras recorrentes que eu ouvia, perguntei à D. Dorca o que era *albumina*:

Albumina é um cansaço, é inchaço nas pernas, é dor de cabeça, tontura. A mulher enrola e morde a língua. Nunca atacou uma mulher comigo, graças a Deus. Com a cumade Bené atacou duas mulheres e uma morreu. A mulher e o bebê morreram. Ela expirou no trapiche mesmo. Foi um só caixão. A mulher não fazia pré-natal porque o pré-natal descobre se a mulher tem ou não.

Mas estas mulheres também reconheciam que dificilmente a parteira seria a única causa de um parto que desandas-

se. Portanto, quando colocavam a ênfase na parteira (a despeito dos outros atores e elementos), indicavam estar explicitando as disputas em jogo. No depoimento anterior, D. Dorca tentava macular o currículo já concluído da *parteira aposentada*.

Diferente do que notamos na relação entre D. Dorca e D. Tapuia, aqui não eram exatamente as pacientes que se disputava diretamente, já que D. Bené se considerava e também era considerada como uma *parteira aposentada*. A meu ver, a eficácia terapêutica cristalizada durante sua atuação, contudo, permanecia como importante dispositivo de autoridade, sobretudo para alçar uma legitimidade como “conselheira obstétrica”. D. Bené ressaltava as vezes em que ajudou a resolver complicações; D. Dorca atenuava a centralidade desse desempenho. D. Bené lembrava como era recorrente que viessem lhe visitar e consultar; mas era D. Dorca que vinha atendendo de fato muitos dos partos da cidade e que, por exemplo, me abrigava em sua casa e decidia quando visitaríamos as outras parteiras, inclusive D. Bené. Esta não se abalava com a diferença entre sua fama angariada ao longo do tempo e o desempenho concreto de D. Dorca. Seu capital social lhe rendia ainda muita estabilidade. Mas havia um ponto que lhe desconcertava diante da colega. Era D. Dorca quem vinha participando com mais frequência dos cursos e viagens oferecidos na região. D. Bené se frustrava ao não *ser convidada*, pois reconhecia que sua popularidade entre os visitantes e as autoridades sanitárias locais também provinha desse tipo de participação. Era também por conta desses cursos que D. Bené receberia, num momento seguinte, presentes, material obstétrico, visitas de pessoas vindas de longe. Acreditava que não estar nos cursos, portanto, gradativamente lhe faria ser esquecida e isso muito lhe contrariava.

Um evento particularmente evidenciou esse ponto. Em 2005, em meio à segunda etapa do campo, o Grupo Curumim organizou um encontro de parteiras pernambucanas e, contando com alguma flexibilidade financeira, convidou algumas parteiras do Marajó. O intuito era promover o intercâmbio entre as regiões e ampliar a compreensão dos problemas comuns ao dois

grupos. De Melgaço, a ONG convidou D. Dorca e D. Maria Silva e aproveitou que eu estava na cidade para pedir que eu lhes acompanhasse na longa viagem até a praia de Maracáipe, ao sul de Recife. Quando D. Bené ficou sabendo do evento, disse ao nos encontrar em frente ao mercado:

Contei pros meus filhos que eu fui convidada pra ir pra Recife, mas não posso ir porque estou doente. Eles disseram que era pra eu ir mesmo assim. Lembraram que a Dina foi doente pra Belém da última vez. Então, que eu aguentava também. Mas disse pra eles que eu não queria dar trabalho pra Soraya.

Eu e D. Dorca nos entreolhamos surpresas. Percebi que D. Bené, e possivelmente as demais parteiras, tinham uma percepção muito específica dos cursos e encontros. Primeiro, ao contrário do que eu imaginava, não era necessário que as participantes fossem parteiras ativas na profissão e saudáveis o suficiente para replicar, por longo prazo ainda, o que aprendessem nos cursos. Mais do que isso, a prioridade era estar presente, era manter o laço com o Grupo, era continuar a *ser convidada*, principalmente aos olhos dos conterrâneos em Melgaço. Interessante é que D. Bené alegava que sua vista e suas pernas dificultavam que atendessem partos, mas, pelo que dizia, lhe permitiriam viajar para Breves, Belém e Recife, se fosse *convidada*. Segundo, parece que ela se ressentia porque a escolha dos participantes não respeitava as prioridades locais, isto é, acreditava ainda de ter legitimidade apesar de não mais atender. Portanto, mais do que ninguém, era ela quem deveria participar do encontro em Pernambuco justamente pelo seu *status* de “conselheira obstétrica”. Terceiro, era este mesmo *status* que lhe dava autoridade para criticar o “monopólio” de D. Dorca na participação dos cursos e também deixar claro que reconhecia mas prescindia – num tom irônico – de meu papel como acompanhante. Talvez as outras parteiras preteridas nesta viagem concordassem com D. Bené sobre os critérios de escolha, mas só admitiriam essa opinião à boca pequena.

Só em 2005, D. Dorca foi *convidada* para três cursos fora da cidade. E não só esse trânsito deixava D. Bené *mordida*, como também a participação na Associação de Parteiras Tradicionais de Melgaço.

Eu tô muito triste. Não tô sabendo das coisas da reunião. A Dorca, eu gosto muito dela, ela é minha comadre e tudo. Mas ela tá de escrotice comigo. Ela sabe que eu tô doente. Podia vir aqui depois da reunião pelo menos pra me avisar o que aconteceu. Nem isso. Nem fico sabendo.

Assim, D. Dorca não podia recriminar D. Bené pela sua ausência nos eventos coletivos dirigidos e organizados pelas parteiras, como fazia, todo tempo, com D. Tapuia. D. Dorca e D. Bené compartilhavam do apreço pelos mesmos eventos, *dentro e fora* da cidade, na consolidação de seu capital social local. Aqui, era o reconhecimento público que estava sendo disputado, e monopolizar informações, sobre o encontro de Pernambuco ou a última reunião da Associação, por exemplo, era um passo a frente que D. Dorca dava nesta disputa. D. Dorca parecia, mais e mais, desejar imbuir-se do *status* de “conselheira obstétrica”, tão conveniente para *parteiras idosas* que se aproximavam do final de sua carreira. Era uma forma de *aposentar* sem sair completamente de cena.

4. Apropriações criativas dos cursos de treinamento

No discurso das parteiras de Melgaço, *curso* ou *treinamento* recebiam várias acepções. Poderiam ser as aulas recebidas na Floresta Nacional de Caxiuanã, onde aconteceram os primeiros treinamentos oferecidos na região pelo Grupo Curumim a partir de 1998. Ou então, os vídeos do projeto “Presença Viva”, mostrados nos treinamentos itinerantes da Secretaria Estadual de Saúde; as palestras ou dicas conferidas formal ou informalmente pelas enfermeiras na *unidade*; as re-

portagens do médico Dráuzio Varela, no programa “Fantástico” da Rede Globo, todos exemplos de *curso* ou *treinamento* que eu ouvi entre as parteiras de Melgaço. *Curso* também poderia equivaler aos encontros de parteiras dos vários municípios da região; um pronunciamento da presidente da Associação de Parteiras Tradicionais de Melgaço durante a reunião mensal; um bate-papo com a antropóloga na varanda da casa. Usavam as palavras *curso*, *treinamento*, *encontro* ou *palestra* como ideias intercambiáveis. Contudo, nesse capítulo, conferirei especial ênfase a uma acepção do termo: os cursos oferecidos pelo Ministério da Saúde, via o Grupo Curumim.

Quando perguntei à D. Rita Costa, parteira de Breves, sobre o treinamento por ela recebido do Grupo Curumim, disse: “Foi bom o curso. Trabalho, eu trazia há muitos anos. Mas a gente vai aprendendo conhecimento, mais uma orientação”. Lá no Capítulo 3, citei D. Maria Rosa, também de Breves:

Minha avó era parteira. Ela tinha muita experiência e eu ia escutando ela conversar com as amigas. [...] Eu não tive estudo. O meu estudo é da natureza. Eu toco a mãe e entendo como está a criança.

O *trabalho*, a *experiência*, o *entendimento* vinham dos partos atendidos *no susto* ou do acompanhamento à mãe também parteira. Já o *conhecimento* e a *orientação* eram aprendidos nas carteiras escolares. Um estava no mundo da *natureza* e da *curiosidade*, outro pertencia ao mundo do *estudo*, dos *cursos*, da *leitura*.

Sempre que alguém voltava de uma viagem, por vários dias, o tema principal da prosa era a narração destas aventuras vividas. Depois do encontro em Pernambuco, por exemplo, D. Maria Silva lembrou:

A viagem foi muito boa. Eu andei de avião. Fui no aeroporto, mas não sei dizer essas palavras [e.g. *check-in*, escada rolante, esteira etc.]. A bagagem a gente entrega pro moço e depois vê passando lá embaixo. Só quando a gente chega é que tem a bagagem de volta. Não sei

bem onde guardaram todo aquele tempo. Vimos o mar que é só água e céu. A viagem de ônibus foi a parte mais difícil.

Fora a primeira vez que tomaram um avião, saíram do Estado e conheceram o mar. Relatos semelhantes surgiam depois de cada viagem, cada curso, desde a primeira vez que foram até a Floresta Nacional de Caxiuanã, em 1998. A família, as pacientes, os vizinhos, os barqueiros queriam saber detalhes inusitados, o que fora percebido como novo, o que fora motivo de picardia. Naquele mês de setembro de 2005, D. Maria Silva e D. Dorca não comentaram sobre o movimento associativista das parteiras, o atendimento que elas podem oferecer em casos de abortamento e estupro, o projeto de lei para regulamentar seu ofício e que tramitava no Congresso Nacional – exemplos de assuntos discutidos e polemizados no encontro. Era sobre o mundo que existia além das fronteiras de Melgaço que todos desejavam saber e eram os detalhes observados desse mundo que ressaltavam, nos moldes da “identidade contrastiva” de Cardoso de Oliveira (1976), as especificidades dessas melgacenses. Em suas narrativas, priorizavam os aspectos identificados no “distante” que fizessem sentido no “local”.

Além de informar sobre o mundo além das fronteiras de Melgaço, estas narrativas tinham as *meninas do Grupo* como tema recorrente. “A Núbia me convidou”, “Estes são os presentes que a Paula me deu”, “Eu puxo os braços e as pernas porque tem veias que ajudam no parto. Aprendi isso com a Núbia”, “Eu participei do curso da Paula, lá em Caxiuanã” eram algumas das frases, por exemplo, que eu ouvia repetidamente ao conviver com estas parteiras. Afeto, expectativa e autoridade eram-lhes dirigidos. Lembro que D. Santana, uma *parteira antiga* que atendia muitos partos nas franjas de Melgaço, me explicou estar muito doente e, por conta disso, gostaria de *ser aposentada*, condição que dependia, segundo ela, do Grupo Curumim: “Eu queria falar pras chefas pra me tirar desse trabalho”. Continuar participando dos cursos era a forma de aprender a manter contato com estas *doutoras do Curumim*, mesmo depois que todos se

dispersassem. A cada novo curso, se renovava o laço (importante não só em termos de afeto, mas de favores e definições sobre as condições do trabalho, como explicou antes D. Santana) e, também por isso, como vimos com D. Bené, havia uma disputa por *ser convidada* e estar presente nos eventos.

Nem só personagens, aventuras e memórias pautavam nossas conversas sobre os cursos. Nas primeiras visitas que lhes prestei, ainda em 2004, a maioria das parteiras corria para revirar armários e estantes. Voltavam ostentando suas *bolsas de material* (ou, como geralmente diziam, os *aperparos*), certificados plastificados, camisetas, livros e cadernos recebidos. Na primeira vez que estive na casa de D. Bené, a descrição que ela fez ao abrir seu armário é eloquente, neste sentido:

Tá com 34 anos que eu peguei o primeiro menino. [...] De mês em mês, vinha curso aqui. Eu cheguei a receber dois a três partos por dia depois de receber essa bolsa. [...] Deixa eu te mostrar outros presentes que a Paula me deu. [E tirou a sacola do Grupo Curumim, que estava empoeirada e pendurada na parede]. Olha, aqui tenho todo meu material. Essa fraldinha é para pesar o bebê. Está esterilizada, mas eu mando lavar de novo. Aqui, minha caixinha. Olha, essa tesoura também me deram em Caxiuanã. Essa outra foi a doutora Valdenora que me deu no meu primeiro treinamento. [...] Aqui, tem a balança, [...] as gazes, as lâminas e, olha, o negócio para ouvir o coração do bebê e um metro. [O metro gestacional estalou ao ser aberto pela primeira vez]. Nessa bolsa, tem algodão. Nessa, tem minhas luvas. Deixa eu mostrar para senhora o meu certificado. [Abre uma gaveta do armário e tira uma pasta de elástico]. Aqui, meu certificado [do Projeto “Presença Viva”]. A ficha que o Grupo [Curumim] nos deu. Essa é a camisa que eu ganhei no Caxiuanã.

De posse de sua bolsa, D. Bené me mostrava como já havia sido *convidada* para participar de vários cursos ao longo das últimas décadas, como conhecia médicas e enfermeiras, como

transitava pelos hospitais da região. Os *aperparos* iam sendo acumulados à medida que se participava destes variados eventos e, em vez desta acumulação significar necessariamente a não adoção do material durante os partos, noto que esse material também servia como uma reserva disponível e confiável para qualquer *parto no susto* ou para eventuais acidentes ou enfermidades entre familiares e vizinhos da parteira. Eu já havia percebido como outros bens (comida, utensílios de cozinha, roupas, revistas etc.) também eram guardados e/ou poupados em vez de ingressarem no uso imediato. As parteiras, como as demais donas de casa da cidade, tinham nesses bens uma poupança para momentos agudos de penúria, servindo de moeda de troca. Famílias e vizinhas, cientes do conteúdo dessas *bolsas*, frequentemente recorriam às parteiras em busca de um pouco de álcool ou uma tesoura. Estes itens tornavam parteiras e pacientes menos dependentes do hospital local e das *maçadas* de seus corredores.

As participantes dos cursos também ganhavam *ajudas de custo* e *diárias* para a participação nos mesmos, já que, ao viajarem, estariam sendo privadas das fontes de renda com que geralmente contavam ao produzir farinha, faxinar uma casa, lavar roupa etc. O dinheiro trazido dos cursos era muito valorizado, como me contou minha anfitriã, D. Dorca:

[Os cursos são] a minha fonte de renda. Eu arrumei a minha cozinha com os R\$300,00 que ganhei de diária no curso em Belém. Comprei as telhas, as dobradiças pras portas e os pregos. As madeiras das paredes e a mão de obra paguei com um empréstimo que tirei.

Além dos *aperparos* e do dinheiro, elas separavam, geralmente em uma pasta com elástico, os *papéis* recebidos nos *cur-sos*. Esta *papelagem* reunia os certificados, crachás, fotocópias com conteúdo obstétrico, *fichas* ou *folhas do Curumim* e muitas fotografias, especialmente, da parteira com o certificado à altura do peito, a bolsa de material a tiracolo e suas colegas de treinamento à sua volta. Não era raro encontrar essas fotos também na estante

da sala ou mesmo sobre as paredes mais destacadas da casa – a diferença é que essas mostravam a parteira com as *doutoras dos cursos*. Nem todas as parteiras que me exibiam suas pastas tinham como prioridade ler, distinguir e usar cada papel. Mostrar o *crachá de parteira* havia sido eficiente, por exemplo, quando uma parteira quis acompanhar sua paciente no hospital de Portel. As *folhas do Curumim* lhes ajudavam no contato com a família da parturiente, como me contou D. Ester, parteira do interior de Melgaço:

As moças do Grupo Curumim deram uma folha pra gente [...]. Eu dei essa folha pro marido assinar, uma vez. Eu falei pra ele, “Se ela morrer e o senhor vier pra polícia, eu vou mostrar esse papel que o senhor assinou”. Todas as parteiras têm esse papel.

Esta *folha* foi uma estratégia desenhada para proteger as parteiras de eventuais acusações e responsabilizar mais pessoas pelo parto.

Quando D. Rita Costa disse, no início dessa seção, que *trazia trabalho há muitos anos e, nos cursos, aprendeu conhecimento e mais uma orientação*, percebo que os treinamentos eram uma segunda e complementar realidade ao *dom* ou *herança* recebida. Estas parteiras me mostravam já contar com a prática e/ou o apoio divino necessários para atender suas vizinhas e parentas, mas desejavam conhecer esta outra *orientação*. Contudo, essa vontade de receber *mais um conhecimento*, como explicou D. Rita Costa, não significava uma adesão imediata às *novidades* que encontravam nos cursos. O contato com o treinamento, muito mais do que objetivar sua aplicação, já era um passo valorizado por elas para alçar outro patamar de prestígio *entre os seus*. Este prestígio não derivava necessariamente do uso “correto” de uma tesoura ou do *Livro da parteira* (ambos exemplos da lógica biomédica que justificava a continuidade dos cursos e seus financiamentos). *Serem convidadas* a participar desses cursos, conhecerem novas pessoas, viajarem e voltarem com fotografias, diplomas e bolsas distinguiam estas parteiras na sua própria família e redondeza. E, talvez, mais portas na cidade e fora dela poderiam

lhes ser abertas, não somente ampliando o rol de alternativas acionáveis durante um *parto complicado*, mas também facilitando outras buscas – encontrar emprego para uma filha separada, por exemplo, ou adquirir um remédio na capital.

Dois breves comentários ainda se fazem necessários aqui. Primeiro, quando D. Dorca, D. Bené e as demais parteiras que haviam participado dos cursos se associavam à imagem do Curumim pareciam estar criando uma espécie de “armadura simbólica”, algo resistente às possíveis críticas por parte de outras parteiras, de pacientes ou das autoridades sanitárias locais. Quando perguntei à D. Dourada, outra parteira da cidade, o que ela havia aprendido no curso em Caxiuanã, ela disparou: “A gente tá acostumado a trabalhar como aprendeu lá. A gente faz o que eles mandam. É a obrigação da gente, né? Se acontecer alguma coisa, a gente não tem culpa”. Também evidenciavam, quando necessário, uma “armadura material” ao mostrar seus *aperparos* e a *papelagem*. Sobre esse ponto, Jordan comentou:

Uma importante mensagem dirigida às parteiras [nos] cursos é que há certos artefatos que são indispensáveis para uma performance competente aos olhos da equipe médica [e.g. contraceptivos, kit de material etc.] [...] Assim, os instrumentos se tornam crescentemente importantes para elas, se não pelo seu real valor de uso, mas definitivamente como símbolos visíveis de sua expertise (1993: 180).

Acrescento, porém, que estes “artefatos”, armadura simbólica e material, não serviam como estratégia somente para se fazer ser ouvida e notada entre as autoridades político-sanitárias da cidade. Aqui, julgo que esse capítulo dá um passo adiante – estes “artefatos” eram bastante importantes nas disputas entre as parteiras, sobretudo na definição do que deveria ser considerado como fonte prioritária de legitimidade de sua práxis.

Segundo, positivar a relação com as *doutoras do Recife* também desviava a atenção do interlocutor (no caso, também, a antropóloga em campo) de eventuais discordâncias com o que lhes fora sugerido pelo Grupo.

As médicas em Caxiuanã disseram que o marido e a mãe deveriam ficar no quarto. Eu não gosto porque a mulher fica tola. Começa com besteira. Eu mando todo mundo para fora. Quando chamam a parteira, sai do compromisso da família e passa ao compromisso da parteira. (D. Bené)

Permitir o marido como acompanhante, respeitar as vontades da parturiente, não bater no recém-nascido para chorar, evitar episiotomias (feitas, excepcionalmente, de forma caseira) eram algumas das sugestões dos cursos, alinhados com o movimento de humanização do parto. Discordar dessas práticas, como D. Bené me deixou claro em uma tarde de prosa em sua varanda, demonstrava, por um lado, como essas parteiras não seguiam exatamente o perfil de parto domiciliar que as militantes promulgavam. E, por outro, revela um vínculo menos absoluto e acrítico com os cursos e a ONG, do que se poderia supor à primeira vista.

A meu ver, associar os cursos recorrentemente ao Grupo Curumim ganha sentido e marca a memória dessas parteiras também por um importante motivo: a valorização de seu papel como parteira. Essas mulheres percebiam que estavam sendo valorizadas pelo seu trabalho, traço que antes tinha lhes gerado pouca positividade ou que se sobrepunha muito discretamente sobre suas outras atribuições como mãe, agricultora, vizinha, vendedora de açaí, por exemplo. Os cursos e a presença da ONG vinham sendo mais um aspecto a visibilizar o trabalho das parteiras na cidade. Ao reconhecer e valorizar publicamente a *experiência* que elas já acumulavam, a ONG contribuía para legitimá-las local e, em alguns casos pontuais, nacionalmente.

★ ★ ★

D. Tapuia, menos pobre do que D. Dorca, por exemplo, não podia contar com a distinção social de uma vasta e bem-sucedida parentela, como vimos ser o caso de D. Bené. A larga experiência com centenas de partos realizados na cidade era o

melhor cartão de visitas de D. Tapuia. Não se envolver com os cursos biomédicos oferecidos, não conviver com as parteiras e não passar ilesa pelos comentários das mesmas eram aspectos que pouco interferiam em sua relação com as *buchudas* de Melgaço. Conheci uma ou outra gestante que havia decidido deixar D. Tapuia em razão, como me explicaram, de sua vista que fraquejava aos 70 e poucos anos. Suspeito que, se D. Tapuia começasse, por uma razão ou outra, a equivocar-se nos diagnósticos obstétricos e/ou a *perder mulheres*, a frequência de seus atendimentos diminuiria bastante. Era justamente pelo seu desempenho – e não pela sua circulação na prefeitura, na *unidade*, nos cursos – que era avaliada pelo público. Era pelo *fazer* e não pelo *falar* ou *circular* que ela se fazia conhecida.

D. Dorca não se conformava que a outra lhe fosse uma concorrente tão significativa sem que tivesse acompanhado os cursos de treinamento. Quer dizer, aos olhos de D. Dorca, D. Tapuia tinha clientela apesar de não ter feito qualquer curso. Lembro de Gigi, uma adolescente de 14 anos que chamou D. Dorca para lhe *puxar* no último mês de gravidez. Nos últimos dias do termo, D. Dorca estava preocupada e disse: “Olha, minha filha, a cabeça do seu bebê baixou mais. Você já está em trabalho de parto. O estudo diz que o primeiro filho leva mais de 24 horas para nascer”. Gigi já estava há mais de três dias com dores, e D. Dorca se preocupava, queria que a mãe da moça a levasse para o hospital em Breves. Suspeitava que a demora do trabalho de parto indicasse algum problema. No final desse mesmo dia, vimos D. Tapuia ser levada até a casa de Gigi na garupa da bicicleta de sua irmã. E soubemos que, algumas horas depois, o bebê tinha nascido. D. Dorca ficou muito *mordida*, “Perderam a confiança em mim. Nunca mais me chamem pra ajudar, eu é que não vou”. Aqui, num *parto difícil*, a autoridade pelo diagnóstico e pelo *estudo* não foi suficiente para convencer Gigi e sua família a permanecerem sob os cuidados de D. Dorca.

Assim, em relação à D. Tapuia, o *estudo* não alcançava ascendência suficiente porque o peso do autodidatismo ou do

aprendizado pela experiência prática e cotidiana – o *saber sem ser ensinada* – garantiam-lhe o posto de parteira *famosa* e demandada da cidade. E a ausência de D. Tapuia dos cursos, de certa forma, fazia com que a participação das demais parteiras nos mesmos se esvaísse de sentido, pois passava a imagem de que mesmo parteiras experientes como D. Dorca precisavam “aprender” o partejar nestas aulas. O sucesso de D. Tapuia fazia com que a balança pendesse para o lado do *saber sem ser ensinada* sobre outra forma de afirmar-se nesse ofício, isto é, *ter o caminho mostrado*. Como já discuti no Capítulo 3, o *dom* e o *aprender sozinha* marcavam o mérito próprio da parteira, ao contrário da *herança* e dos cursos, em que se aprendia por meio de outrem.

Contudo, em relação à D. Benedita, D. Dorca saía em vantagem ao continuar *sendo convidada* para partos e cursos. Só em 2005, último ano da pesquisa, ela havia estado em Breves, Belém (a convite da ex-secretária municipal de saúde de Melgaço) e Maracápe, PE (a convite do Grupo Curumim). Perante a legitimidade histórica de D. Bené, inclusive como “conselheira obstétrica”, as viagens eram o diferencial de D. Dorca. Esta não fazia qualquer esforço para inteirar aquela de suas andanças porque sabia que as notícias lhe chegariam rapidamente. Quando isso acontecia, D. Bené muito se ressentia. Tanto D. Dorca quanto D. Bené sabiam que não participar dos cursos era dar margem para que visitas, presentes e boa prosa no regresso diminuíssem paulatinamente. D. Dorca me mostrava como os cursos serviam como fonte de legitimidade limitada e circunstancial, isto é, serviam melhor nas disputas com D. Bené, do que naquelas com D. Tapuia.

Assim, as *parteiras famosas*, como D. Tapuia, não precisavam dos cursos. Mas as *parteiras antigas* que estavam rumo à fama, como D. Dorca, e as *parteiras aposentadas*, como D. Bené, os tinham como uma estratégia importante. E as *jovenzinhas*? Como muitas mulheres familiarizadas com o parto, as *parteiras jovenzinhas* já tinham feito algum atendimento e isto era o suficiente para serem recrutadas para os cursos. Segundo Tornquist, para o Ministério da Saúde, “ser reconhecida pela comu-

nidade como parteira” é o critério fundamental para participar dos eventos de treinamento (2004: 228). Porém, poucas pessoas sabiam que estas *jovenzinhas* haviam atendido partos. Por exemplo, para aquela moça que me ofereceu *chope de cupu*, os cursos representavam uma chance de ganhar alguma visibilidade para sua vontade de trabalhar como parteira e, mais do que isso, usufruir dos benefícios que daí advinham. Porém, se outras fontes de legitimidade – e.g. *partos difíceis*, capacidade diagnóstica preditiva, coragem – não fossem atreladas também, dificilmente ela ascenderia no cenário obstétrico não oficial da cidade. Apenas um *parto na precisão* ou ostentar uma bolsa de material pendurada na parede da sala talvez fizessem alguns parentes e vizinhos saberem de sua inclinação como atendente, mas uma longa estrada precisava ser percorrida para se assemelharem à D. Dorca, D. Bené ou D. Tapuia que qualquer morador da cidade, da *frente* ou *de trás*, sabia exatamente onde morava e certamente tinha algum parente próximo que havia se tornado *filho de umbigo* de alguma delas.

5. As diferentes fontes de legitimidade na construção da definição de “parteira”

Havia, como visto ao longo desse capítulo, disputas e indisposições entre estas parteiras. Por mais que atendessem casos conjuntamente e que convivessem harmoniosamente em diferentes espaços e eventos da cidade, também discordavam sobre vários assuntos. Embora todas *puxassem*, valorizassem a retribuição pelo seu trabalho e soubessem dos “riscos” de um *parto difícil* acontecer em casa, tinham opiniões variadas sobre como e quando *puxar*, quanto e por quem deveriam ser pagas e o momento ideal de referir um parto a um hospital. O que me interessa saber é no que D. Tapuia, D. Bené e D. Dorca, por exemplo, se respaldavam para definir esses “comos”, “quandos”, “quantos”. Minha sugestão é que estas personagens nos revelam uma *miríade de fontes de legitimidade* que podiam sustentar, em arranjos muito específicos, a autoridade de uma mulher como

parteira e cristalizar no tempo sua reputação como tal. Não havia um único tipo de parteira, e sua reputação não provinha de um único acontecimento ou fonte de saber. As divergências de opiniões, práticas e prioridades que encontrei entre estas parteiras nos ajudam, por um lado, a pensar nelas menos como um grupo coeso de “parteiras de Melgaço” e, por outro, a investir mais em problematizar a categoria “parteira”.

Estava em constante disputa o estabelecimento dos aspectos a serem considerados na definição ideal de *parteira famosa*. Classe, influência, família, experiência, sabedoria, estudo eram alguns aspectos em disputa pelas três parteiras aqui discutidas. E, pelo fato de ascendência familiar, prestígio com as autoridades locais (como era o caso de D. Bené) e um currículo com mais de mil partos (como era o caso de D. Tapuia) não serem os aspectos que caracterizavam D. Dorca, me parece que ela procurava enfatizar outros aspectos para se distinguir. Vimos como se aliava às enfermeiras da *unidade* ou à Secretária Municipal de Saúde quando diferenças de higiene corporal e doméstica serviam para questionar a conduta de sua rival, D. Tapuia. O importante aqui é observar como D. Dorca escolhia cuidadosamente as histórias que circulavam sobre D. Tapuia que representassem as ideias de “insucesso”, “dificuldade” e “incompetência”. D. Dorca construía a imagem da colega na contramão da “modernidade”, por ela estrategicamente identificada com o conhecimento biomédico. D. Tapuia deveria parecer, a mim ou a outro interlocutor, como “retrógrada”, reproduzindo justamente o par “sujeira e ignorância”, denigrativo atribuído historicamente às parteiras (Mott, 1999a). Vimos ainda como disputou com D. Tapuia o fato de uma moça estar grávida ou não e de que, no parto de Acácia atendido com D. Bené e D. Jita, o bebê não podia ter sido deixado *arreado*. Vale lembrar que nem sempre D. Dorca usava luvas em seus atendimentos, nem sempre havia *curado umbigos* com iodo ou mertiolate. Ela já havia *perdido pacientes* (como no caso do bebê de Acácia, no Capítulo 4) e havia errado diagnósticos (ela não me convenceu de que sabia antecipadamente da gestação gemelar de Silvana, no Capítulo 2). Embora talvez já

tivesse enfrentado *aperreios* muito similares às concorrentes, nem toda audiência os conhecia e o importante era marcar, ao menos de forma retórica, as diferenças que desejava ressaltar entre ela e as demais atendentes. Era uma aguda *disputa de saberes* que se estabelecia entre estas parteiras. Ora o saber biomédico era mais imponente, ora a experiência prática da obstetrícia não oficial garantia a vida das pacientes. O importante, ao que parece, era estabelecer eficientemente o argumento que se supunha ser esperado do interlocutor em questão.

Embora, claro, alfinetadas e discordâncias tenham sempre existido, eu notava alguns pontos de mudança, possivelmente nas últimas duas décadas, quando a maior parte destas parteiras havia migrado para a cidade. Primeiro, no cenário urbano, a convivência mais estreita entre um maior número de parteiras talvez colaborasse para incrementar o falatório mútuo entre e sobre elas mesmas. Segundo, falar, mais do que fazer ou mostrar, ganhava proeminência, sobretudo porque a razão entre parto e parteira diminuía, dado o alto número delas no espaço urbano e o monopólio da maioria dos partos por algumas poucas *parteiras famosas*. Assim, havia menos chance da maior parte de parteiras se sobressair pelo exemplo prático. Claro, os partos realizados por D. Dorca, D. Tapuia, D. Bené, por exemplo, continuavam a ser motivo de demonstração concreta do “saber fazer”, mas eram poucas aquelas que, como estas três, poderiam ganhar ascensão ao falar do que havia sido, de fato, observado e testemunhado por todos. Terceiro, eu notava como D. Dorca e outras que participavam assiduamente dos cursos aprendiam sobre o que falar quando o objetivo era projetar o próprio trabalho sobre o trabalho alheio. Vejamos este último ponto com mais vagar.

Aqui, o quadro se parece bastante com o que a antropóloga alemã Brigitte Jordan encontrou entre parteiras mexicanas que participavam de treinamentos:

O que eu observei ao trabalhar com parteiras que haviam participado de cursos de treinamento é que elas tinham aprendido a como falar com os representantes do

sistema de saúde oficial. Elas tinham aprendido que tipo de coisas são “boas” e que tipo de coisas são “más”. Elas haviam sido expostas a uma ideologia que elas sabiam ser poderosa, que comandava recursos e autoridade. [...] Eu acredito que o maior efeito dos cursos de treinamento do tipo que eu descrevi é uma nova facilidade de falar na linguagem da biomedicina. (1993: 178-179)

Jordan propôs pensarmos os treinamentos como espaços em que a obstetrícia biomédica e cosmopolita é apresentada como um *authoritative knowledge*, quer dizer, “o conhecimento que, em um contexto particular, é visto como importante, relevante e consequente para a tomada de decisões” (1989: 925). D. Dorca escolhia me contar do que julgava “equivocado” na conduta obstétrica alheia para, ao mesmo tempo, contrastar com sua própria prática. Construía, por oposição, dois estilos de partear. E, a meu ver, quando dizia frases como, por exemplo, “O estudo diz que o primeiro filho leva mais de 24 horas para nascer”, “A Paula me ensinou a cortar o umbigo desse jeito” e “Eu faço respiração boca a boca na criança que nasce sufocada”, ela se imbuía do *authoritative knowledge* que havia reconhecido nos cursos e se colocava na posição de quem “sabia” e, por isso, lhe cabia ensinar a “prática correta” às demais colegas.

Jordan está correta quando ela argumenta que o que as parteiras tiram dos breves treinamentos didáticos é uma forma de “falar” não uma maneira de “fazer”, pois é justamente disso que se trata a instrução didática. Portanto, talvez as parteiras procuram tão avidamente tais treinamentos ao vê-los como uma rota para enaltecer autoridade ou prestígio. Quando as mulheres são excluídas das fontes tradicionais de poder em suas comunidades, prestígio e autoridade podem ser derivadas de programas de treinamento ou atividades orientadas para a mudança porque elas prometem uma rota alternativa de reconhecimento. Se elas serão bem sucedidas em forjar um *status* hierárquico alternativo dependerá, claro, das condições locais (Browner, 1989: 938).

As parteiras de Melgaço aprendiam muito mais do que identificar um parto “arriscado” ou esterilizar uma tesoura. Nos cursos, elas angariavam uma *expertise* do que, como, com quem e quando falar sobre partos. Falar parecia ser uma das principais estratégias de um empoderamento específico, talvez muito mais individual e familiar do que previsto pelas feministas do Grupo Curumim; talvez muito mais político do que o investimento técnico-obstétrico feito pelo Ministério da Saúde e pelas agências internacionais. Falar que D. Tapuia “não topara gravidez numa moça buchuda”, que sua casa era “imunda” e passara por “um surto de meningite”, que “a vista dela estava ficando cansada”; ou então, falar que D. Bené “já perdera mulher”, que “sua mão tremia de nervoso” ou que “ela não estava aguentando caminhar até os partos” eram formas de colocar à prova a capacidade obstétrica destas atendentes e outras como elas, sobretudo se os interlocutores fossem potenciais pacientes, enfermeiras da *unidade*, instrutoras dos cursos. É bom lembrar que, durante minha estada, D. Dorca comentou sobre o trabalho não só de D. Tapuia e D. Bené, mas de muitas outras parteiras com quem convivíamos: “A Zuleide atendeu um parto gripada outro dia, não pode, a gente sabe”, “A Zezinha é muito esparrenta nos partos que atende, Deus o livre”, “A Jita não deu conta de puxar a Acácia, você viu? Nem topou que o bebê vinha de pé” etc. E, claro, com alguma intimidade maior com estas e outras parteiras, estou certa de que ouviria igualmente comentários críticos dirigidos ao trabalho de D. Dorca.

Mas, também como vimos, D. Dorca e estas parteiras não falavam apenas a partir de uma matriz biomédica, como sugeriu Jordan. Os cursos lhes subsidiavam com *mais uma* fonte de legitimidade nesses mexericos difamantes, nessas disputas por autoridade. E, além de aprender a falar, D. Dorca contava com sua proximidade com as representantes da ONG Curumim como uma outra fonte de legitimidade sobre a qual respaldar sua reputação e se diferenciar das demais parteiras, como uma “uma rota alternativa de reconhecimento”, como a antropóloga Carole Browner nos mostrou anteriormente.

Havia, portanto, um conjunto de atributos e saberes de onde escolher as informações que ajudariam a formar seu perfil como parteira. Frente a um criativo espaço de negociação, cada parteira se associava a um arranjo específico de fontes de legitimidade. Uma poderia basear sua fama na capacidade preditiva durante as *puxações*, outra poderia ser conhecida por estar sempre disponível para acompanhar parturientes até os hospitais vizinhos e ainda outra ficara famosa por nunca ter *perdido mulher* e assim por diante. Julgo que esses arranjos eram também, mais ou menos, flutuantes, pois derivavam, por um lado, do panorama do grupo de parteiras atuantes na cidade naquele momento e, por outro, do interlocutor a quem o discurso de autoafirmação se dirigisse. Quer dizer, se houvesse algumas boas *parteiras antigas*, as demais talvez precisassem desenvolver outras fontes de legitimidade para serem *chamadas e contratadas*. Se estas *famosas* tivessem morrido há pouco era possível aproveitar o momento e ascender, como foi o caso de D. Dorca. Quando atendeu o parto iniciático e *difícil* de sua filha Meriam, D. Adelaide, a mais *famosa* na cidade à época, tinha acabado de falecer, e acredito que esse “vácuo” momentâneo de atendimento tenha lhe sido bastante oportuno.

Assim, a ideia de “parteira” era múltipla e dinâmica em Melgaço. Ser tida como uma *parteira* não era um *status* fixo e mudava com sua capacidade de reunir significativas fontes de legitimidade para consolidar sua autoridade obstétrica. Os cursos de treinamento, como aqui pretendi demonstrar, eram uma dessas importantes fontes, mas, nem todas as parteiras compartilhavam desse atributo distintivo. Ainda assim, os cursos poderiam servir, como nos sugeriu Jordan (1993), para, nos momentos do *falar*, manter distinções e estilos de trabalho e, como pleiteio aqui, como um proveitoso símbolo para medir forças no campo do partejar *em Melgaço*. Não quero dizer, com isto, que estas parteiras se definissem como tais a partir destes cursos. De outra forma, os cursos eram *mais um aspecto* considerado na constante contabilidade de autoridade que estas parteiras faziam cotidianamente. Este balanço não

servia apenas para lhes capitalizar pacientes, mas, sobretudo, renome. Ser uma *parteira famosa* era importante para lhes abrir portas *na frente* da cidade, mas principalmente para alçar autoridade entre os seus. Uma parteira conhecida, com pacientes à sua espera, com dinheiro no bolso, com viagens marcadas ganhava mais algum espaço dentro de casa, com seu marido, seus filhos, suas noras e netos. Seria mais fácil delegar tarefas domésticas ao sair para as “voltas clínicas”; talvez facilitasse que uma nora lhe escutasse os conselhos numa briga conjugal; permitia que o marido concordasse em contratar um *companheiro* para ajudar na colheita da mandioca, enquanto ela viajava para receber mais um *ensinamento* numa cidade vizinha.

Nesse capítulo, não quis discutir se os cursos são eficazes ou não ao treinar as parteiras em técnicas biomédicas. Isto já vem sendo feito, com propriedade, por outros autores (e.g. Mani, 1980; Pillsbury, 1982; Greenberg, 1982; Davidson, 1987; Jordan, 1989; Stephens, 1992; O’Rourke, 1995). Pretendi discutir como os cursos eram mais um aspecto – dentre tantos – dos quais as parteiras lançavam mão para significar seu campo de atuação. Exibir um certificado, conhecer Núbia e Paula, reconhecer a palavra mágica “Caxiuanã” comunicavam tanto uma provável capacidade obstétrica dessa parteira, quanto seus vínculos dentro e fora de Melgaço. Os cursos ajudavam a lhes localizar socialmente, sobretudo quando competência, clientela e oportunidades estavam em jogo. Com a apropriação dos cursos e todas as demais fontes de legitimidade, eram revelados para mim os conflitos locais e as definições que elas construíam sobre si mesmas.

Dois últimos depoimentos podem ajudar a pensar nos contornos atuais deste ofício:

O curso passou no Laguna. Veio arrecadando as parteiras. Passou nove dias na casa da Zenilda. Ela se apresentou como parteira idosa. Mas eu vi ela no colo da mãe dela. Eu sou mais idosa que ela. Deram todo o ouro pra ela. Ficaram carregando ela pra tudo que é lado. Mas

não reconhecem ela lá como parteira. Eu sou mais idosa e mais conhecida. Parteira idosa é a parteira que sabe mais. (D. Dourada)

Se fosse eu, faria assim. Na hora de dar o material, eu perguntaria assim: “Quantos partos a senhora tem pra esse mês que vem?”. Aí, eu daria o material pra esses partos. Porque tem muita parteira que recebe o material e não usa. A Sabá, por exemplo, eu vi lá na casa dela. O material dela fica bolando lá. Ela me disse que se eu precisar, eu posso ir lá buscar que ela me dava. Quem não tá atendendo, tá com material. E quem tá fazendo o trabalho é que tá com a necessidade. (D. Dorca)

Os desafios apresentados pelos cursos, pelo contato com as políticas mais abrangentes do parto domiciliar e com os personagens *da frente* e *de fora* faziam esse grupo de parteiras rever suas categorias classificatórias e, para deleite da antropóloga, evidenciar o que lhes era prioritário, não definindo quem era ou não parteira, mas contribuindo para complexificar este quadro em Melgaço. Neste sentido, Tornquist sugere que

o crescente interesse pela participação parece indicar a importância que os cursos levados ao interior conferem ao ofício, no sentido de seu reconhecimento social e legitimidade governamental, ou até mesmo, como reinvenção de uma tradição [...] e a sensação de “empoderamento” que a identidade de parteira parece vir adquirindo nas regiões onde o programa tem se institucionalizado, como no caso do Amapá e Pará (2004: 228).

A sugestão é inverter nossa mirada, isto é, em vez de partir dos cursos para compreender como estes afetavam a comunidade de parteiras, julgo mais rentável analiticamente partir destas mulheres e, só então, perceber *se* e *como* os cursos eram uma realidade relevante para elas. Para além da repercussão dos cursos em sua relação com as autoridades político-sanitárias locais, observemos como poderiam ser mais um dos elementos conside-

rados pelas parteiras para negociar as relações que estabeleciam *entre si e com suas pacientes* e também como tais relações repercutiam nos contornos que elas construía para seu trabalho.

• ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS •

Durante toda minha pesquisa, seja no trabalho de campo seja nos documentos, livros, teses e eventos com que tive contato, as parteiras geralmente eram referidas como “parteiras tradicionais”. Em inglês, a literatura que avalia treinamentos, por exemplo, adota “traditional birth attendant” ou simplesmente “TBA”. Mais recentemente, tem-se preferido usar “skilled birth attendant” ou “SBA”. Esbarrei também com “parteira leiga”, “parteira curiosa”, “parteira empírica”, “parteira treinada” ou “capacitada” etc. A esta altura, deve ter ficado claro como foi deliberado e proposital que o substantivo “parteira” *não* tenha sido adjetivado ao longo deste livro.

A atenção terapêutica das parteiras, segundo o antropólogo argentino Eduardo Menendez, tem sido compreendida como “tradicional” porque, primeiro, é praticada por populações *tidas como* “tradicionais”; segundo, porque é definida como “antagônica” à biomedicina; e, terceiro, porque foi cristalizada como a-histórica, imutável e impermeável às mudanças e influências (1994: 74-5). Menendez alerta que essas definições expõem dois aspectos importantes. Por um lado, ficam claras as estratégias retóricas dos sistemas médicos que, para se manterem como candidatos à hegemonia, precisam traçar limites entre práticas “legítimas” ou não. E, por outro lado, fica claro como essas retóricas e definições falam muito mais das relações de poder que permeiam este campo do que, por exemplo, da eficiência terapêutica de um ou outro sistema.

Consideramos que o uso do termo “medicina tradicional” tende, conscientemente ou não, à exclusão de práticas, representações ou de sujeitos sociais, tanto de uma perspectiva empírica como teórico-metodológica. Do nosso ponto de vista, são os saberes do médico de primeiro nível ou os da parteira empírica que necessi-

tamos incluir na medida em que consideramos esses saberes não só como parte do campo relacional, como também atividades que não expressam nem a “teoria” nem a cosmovisão em si, mas que *expressam uma parte do sistema de relações técnicas e sociais nas quais intervêm* (*ibid*: 76-7, ênfase minha).

Trazer detalhes etnográficos do trabalho destas parteiras permite, primeiro, conhecer como e porque essas práticas são semantizadas pela população que as demanda e, segundo, conhecer quais são os dramas e enfermidades que mais perturbam e mobilizam a comunidade a ponto de contar com estas terapeutas. É um atalho eficiente para entender se e como essas pessoas definem o que é “bem-estar”, “gravidez”, “bom parto” etc. A *puxação*, tão íntima e tão frequente, a ideia de *parto fácil e complicado*, a gradação de *parteira verde* até as *famosas*, por exemplo, nos levam às concepções locais de “saúde” e “poder” e nos ajudam, dessa forma, a perceber o que aqueles melgacenses esperavam de parteiras, enfermeiras, médicos, secretários de saúde, prefeitos etc. Mas, para isso, é preciso transpor os rótulos conhecidos, como “tradicional”, “supersticioso”, “curiosa”. Além de problematizar a categoria “tradicional”, é preciso rever o próprio termo “parteira”, que pode se referir a perfis muito distintos de trabalhadoras. Como Browner notou, entre parteiras no México, é importante conhecer a biografia e *status* social das parteiras para entender quando, quanto, como e com quem atuam (1995: 69).

Neste sentido, procurei mostrar como D. Dorca era muito mais do que uma parteira. Trabalhava na roça, cuidava dos netos, zelava pela casa, visitava amigos, fazia compras, viajava, participava de cursos, presidia a associação local de parteiras. E, no caso de seus atendimentos, prestava apoio a muito mais achaques do que o parto em si. Ela ajudava com problemas ginecológicos, sugeria soluções apaziguadoras (ou até combativas) para conflitos domésticos e conjugais, socializava a paciente e todos à sua volta para a maternidade e para o contato com a biomedicina.

Mais do que *puxar barrigas*, sugerir uma “etiqueta obstétrica local” e definir uma tabela dos preços, as parteiras de Melgaço estavam enfrentando fetos, gestações, informações e comportamentos que, para eles, sugiro que estivessem “deslocados”. Estes “deslocamentos” demandavam *explicações* – mais complexas do que a administração de remédios ou a requisição de exames. As parteiras, reunindo informações mais contextuais e biográficas, estavam munidas para ajudar suas pacientes a fazerem sentido de dores e dramas inesperados. Estes “deslocamentos” eram tidos como processos sociais e não somente como eventos pontuais e fisiológicos vividos por indivíduos (Langdon, 1995; Csordas e Kleinman, 1996). Da gravidez, evidente microcosmo, as parteiras ajudavam a entender, traduzir e organizar o macrocosmo, como Mary Douglas (2004) nos explicou páginas atrás.

Entender estes processos sociais e formular explicações exequíveis eram duas capacidades fundamentais que estas mulheres precisavam desenvolver. Dependiam, até certo ponto, de sua capacidade técnica, mas, sobretudo de uma maestria sobre a lógica das relações humanas em um ambiente com pouco dinheiro e com muita criatividade para encontrar saídas e superação. Mais importante do que a “fonte” do saber destas *aparedeiras* ou o nome a elas atribuído, era preciso reconhecer a *distância social mínima* que existia entre elas e suas pacientes, entre elas e suas parentas e vizinhas. Eram mulheres pobres, pouco escolarizadas, negras ou com ascendência indígena atendendo outras de idêntico perfil, ressaltando ainda mais a divisão simbólico-geográfica entre a *parte da frente* e a *parte de trás* da cidade. Os desafios eram todos muito semelhantes, bem como a importância de estarem sempre acompanhadas e nunca serem *deixadas sozinhas*. O vínculo, a ajuda, a companhia eram valores máximos. É sobre essa ecologia e economia do cuidado que pretendi comentar.

Contudo, espero também que tenha ficado claro como pretendi evitar uma atmosfera de solidariedade naturalizada. Havia conflitos entre as atendentes e suas pacientes, como quando estas últimas deixavam de pagar ou de negociar com

seus maridos o pagamento, quando trocavam de parteira ou, sem consultar ninguém, simplesmente decidiam ir para o hospital. Havia conflitos entre as parteiras, que se boicotavam mutuamente, sem piedade. Muitas vezes, vi D. Dorca ficar *mordida* com suas pacientes, parentes e colegas. Recolhia-se, *mofina* e calada, por horas a fio a uma costura ou a cuidar de seus *serimbabos*. Depois, poderia ressurgir resignada ou, mais comumente, *malina*, tecendo comentários duros e espinhosos para todos os lados. Desencanto e desesperança também faziam parte do cotidiano desta mulher que, se olhássemos somente para o *on-stage*, como nos diria James Scott (1990), podia ser tão aguerrida, sabichona e risonha.

Este livro resume uma longa tentativa de desnaturalizar ideias que, no início, me pareciam tão caras e bem alojadas. Um vínculo *a priori* e sempre disponível com as *buchudas* (numa espécie de sororidade feminina), o afeto no atendimento dispensado (que, por vezes, poderia mascarar sérios problemas com higiene ou de alfabetização), técnicas obstétricas “naturais”, “milenaes” e “respeitosas”, a distância do conhecimento biomédico, a perseguição preconceituosa de profissionais de saúde e políticas públicas contra estas mulheres – foram todas imagens romantizadas que talvez o movimento de humanização do parto, um feminismo entusiasmado demais e uma antropologia salvacionista tenham imprimido em mim. Em suma, o processo de desnaturalizar estas *certezas* – que aos poucos, felizmente, foram deixando de acompanhar esta pesquisa – tentou seguir conselhos como o de Lila Abu-Lughod, antropóloga egípcia-estadunidense: “Projetos de salvar outras mulheres dependem e reforçam um senso de superioridade dos ocidentais, uma forma de arrogância que merece ser desafiada” (2002: 789).

Aqui, vale citar novamente o conselho da antropóloga Guita Debert:

É assim que histórias de vida e relatos orais fazem convites irrecusáveis para rever interpretações, desenvolver novas hipóteses e encaminhar novas pesquisas de forma

a refinar os grandes conceitos explicativos e seus pressupostos (1986: 155-56).

Os relatos, as histórias, os cotidianos de D. Dorca e seus conterrâneos me iluminaram detalhes que nenhuma entrevista ou questionário poderia ter feito. A convivência durante aqueles meses em Melgaço me ajudou a contrapor os discursos, ditos de forma tão coerente e convincente, durante uma *puxação* ou na sala de espera da *unidade* com seu avesso ou complemento, isto é, dramas mais difíceis e, muitas vezes, insolúveis que eu observava se desenrolarem na cozinha ou no jirau da casa de D. Dorca. Acredito ter chegado perto do não oficial, não institucional e orientar-me pela “prática” a la Michel De Certeau, E. P. Thompson, Sherry Ortner, James Scott e Claudia Fonseca.

Foi neste percurso que descobri como D. Dorca, D. Jita, D. Bené, D. Zuleide, D. Santana, D. Dourada, D. Jandira, D. Tapuia comentavam sobre seu próprio ofício. Sim, chamavam umas às outras de “parteiras”, mas, sobretudo, de “a vizinha que já *apareu* meia dúzia de crianças”, “aquela que *pega* menino”, “fulana que tem o dom de *assistir*” – era pelo fazer, tão explícito no uso dos verbos, que elas falavam do partejar. E, por fim, para minha surpresa, ocasionalmente também usavam “parteira tradicional”. Isto acontecia quando iam se apresentar a um médico, no início de um curso de treinamento, numa entrevista para a rádio local ou, ainda, no início da convivência com uma antropóloga – esta moça *de fora* que chegou repetindo intenções conhecidas há tanto tempo por elas e, mesmo assim, foi aceita para uma prosa mais demorada.

• A G R A D E C I M E N T O S •

Este livro repousa sobre quatro anos de pesquisa, percorrendo vários cantos do Brasil e da América Latina, que fazem pouco sentido sem as pessoas que, de alguma maneira, imprimiram sua marca nesse trabalho. Neste exíguo espaço, desejo registrar minha enorme gratidão pela atenção, informação, cuidado e companhia com que estas pessoas me brindaram. Só posso esperar o momento oportuno para girar a roda da reciprocidade e torcer para que esse livro seja um primeiro passo nesse sentido.

D. Tabita Bentes dos Santos começou me apresentando como “uma pesquisadora” e, ao final dos meses em que vivi com ela, já dizia “Soraya é a minha filha branca em Melgaço”. Ela não só me incorporou na poderosa lógica do parentesco local, mas também aceitou dividir comigo um pouco de sua vida, de seu pensamento, de suas preocupações. Fui tomada pelo tempo, gastronomia, humor da família Bentes dos Santos. Seu esposo, sua mãe, suas noras, seus filhas e filhos e a porção de netos que passavam diariamente pela “nossa” casa faziam minha estada ali muito menos solitária e muito mais agradável. D. Dorca também me apresentou a dezenas de mulheres gestantes e suas famílias, donos de *mercantis* e barqueiros, funcionários da saúde e da prefeitura. À sua família e rede social, agradecerei sempre.

Com D. Benedita, D. Jita, D. Jandira, Joana, D. Luzia, D. Maria Silva, D. Santana, Neném, Sabá, Zuleide e D. Zezinha, algumas das muitas parteiras da cidade, tive mais contato, mais tempo de prosa e lhes sou grata pelos ensinamentos, sucos de cupu, *chopes* de abacate e tantas delicadas formas de hospitalidade. Em Melgaço, os enfermeiros, médicos, porteiros, funcionários da prefeitura e do cartório mostraram disponibilidade para conversar e abrir suas instituições para a pesquisa. À Raimunda Taveira, Ana Rosa, Junior, Iraquelma, Débora, Ângela e Gabrie-

la, principalmente, minha gratidão. Agenor Sarraf Pacheco e Hélio Baia, pesquisadores nativos, gentilmente me apresentaram à produção acadêmica da *intelligentsia* local.

Mesmo que a pesquisa tenha, no final das contas, se concentrado em Melgaço, conheci parteiras maravilhosas, conversadeiras e folionas ao longo de toda pesquisa. D. Rita, de Breves, e Raimunda, de Óbidos (PA), Marinês, de Novo Cruzeiro (MG), D. Bernadete e Alice, respectivamente de Jabotão dos Guararapes e Trindade (PE), Doña Cupertina, Doña Juana e Doña Sofia, das redondezas de Antigua, e Maria Cecília e D. Maria Eugenia, de Quetzaltenango, na Guatemala, marcaram especialmente minha memória e me encham de saudades. Realmente espero poder reencontrá-las em tempo.

Paula, Núbia, Neide, Cira, Sula e Tatau me receberam com toda amabilidade típica dos pernambucanos no Grupo Curumim, nas franjas da imensa Recife. Minha estada ali permitiu que eu conhecesse de perto como políticas e ações de intervenção são traçadas e efetivadas em prol das parteiras do país. Foi esta ONG que, há muito investindo em terras paraenses, viabilizou meu contato com D. Dorca e algumas autoridades sanitárias da cidade. Cumplicidade, identificação e amizade nos cercaram e tive a oportunidade de viajar com Paula e Núbia, participar de cursos de treinamento, refletir sobre o parto domiciliar no país e sonhar com atividades comuns num futuro próximo. Débora Diniz, amiga de Brasília e familiarizada com o “mundo das ONGs feministas”, me apresentou ao Grupo Curumim. Em Pernambuco, também tive as portas abertas em três outras importantes entidades, a Associação de Parteiras Tradicionais de Jabotão dos Guararapes, o SOS Corpo Instituto para a Democracia e o Cais do Parto.

Felizmente, de algumas trocas intelectuais neste período, floresceram belas amizades. Com Alinne Bonetti e Pedro Nascimento, aprendi muito, muito mais do que feminismo, movimentos sociais e antropologia. Ambos também participaram de nosso informal, mas assíduo, grupo de estudos (e de ajuda mútua, diria), bem como Heloisa Paim, Miriam Steffen,

Marcia Londero, Karla Galvão e Pilar Uriarte, às quais agradeço muitíssimo. Leram e releeram capítulos e artigos que produzi nesse período e, aos poucos, fui me familiarizando com o olhar externo e a “crítica afetiva”, como denomino essa possibilidade real de troca e aprendizado.

Dentro da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rose Feijó e Alexandre Aguiar me guiaram pelas burocracias institucionais e sempre me fizeram sentir bem-vinda, depois de cada viagem. O Núcleo de Antropologia e Cidadania, com seu espaço democrático e criativo, me ensinou o sentido de “núcleo de pesquisa” e agradeço a mais essa oportunidade. O Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde me introduziu aos proveitosos “Seminários de tese”, às pesquisas em parceria com a sociedade civil, a vários seminários de apresentação de resultados. Meus professores, Ruben Oliven, Ana Luísa Rocha, Cornélia Eckert, Carlos Steil, Ceres Victora, Veriano Terto Jr., Daniela Knauth e Claudia Fonseca me mostraram o caminho da antropologia gaúcha.

Claudia Fonseca foi uma orientadora extremamente presente, sempre me insuflando com estímulo e desafio. E tem me ajudado a compreender o ethos acadêmico, o hibridismo cultural e a generosidade necessária na transmissão de conhecimento. Será difícil não sentir saudades das intensas reuniões regadas a chá, cakes & cookies. Agradeço sua paciência, confiança e amizade durante a fabricação da tese e, agora, pelo inspirado prefácio que abre o presente livro.

Susi Tornquist, Dagmar Meyer e Daisy Barcelos, participantes generosas da banca de defesa da tese final, me ofereceram proveitosos *insights* e sugestões que, no processo de revisão deste livro, contribuíram enormemente. Com Susi, as trocas sobre parto, parteiras e antropologia da saúde têm se multiplicado criativamente desde então.

Meus amigos de doutorado, Nicole Reis, Gustavo Corrêa, Gianpaolo Adomilli, Simone Moura, Débora Krischke, Paula Sandrine, Rosana Pinheiro, Marta Ciocari, Marcos Benedetti, Alessandro Bica, Toninho Braga, Patrice Schuch me

apresentaram a UFRGS, ao rock'n'roll gaúcho e à *flânerie* urbana. Leonardo Malcher e sua família paraense se prontificaram a me guiar por Belém e pelos primeiros passos nesta socialização. Agradeço a todo este apoio.

Muitos amigos de Brasília me encheram de cartões postais, e-mails e visitas para apaziguar a saudade, angústia e, por vezes, solidão que o doutorado causou. Carolina Velho, Andréa Lobo, Juliana Dias, Silvia Guimarães, Mônica Nogueira, Luís Carrazza, Tatiana Bresolin, Marcia Vasconcelos, Bia Santos, Virgínia Leal, Raquel Moreira, Priscila Dantas, Kelly da Silva, Augusto Padilha, Frederico Guilherme, Márcia Veiga, Ângelo Adami, Gracco Bonetti representam uma rede afetiva da qual, por fortuna, faço parte.

Edyr, David e David Ivan Fleischer estiveram presentes comigo diariamente. Minha mãe me manteve falante, animada, esperançosa com seus telefonemas, orações, quitutes e mimos mineiros. Meu pai enviou centenas de *dippings* sobre parteiras, parto humanizado, ONGs, feminismo etc. para que eu não perdesse o contato com toda uma gama de acontecimentos paralelos ao que eu encontrava em Melgaço. De meu irmão, também antropólogo, recebi toda sorte de apoio, desde referências e revisões de meus textos, até sua bem humorada companhia durante os curtos períodos de férias e turismo acadêmico a que me permiti. Eles três formam um círculo coeso e repleto de amor que nunca me deixou esquecer dos valores que norteiam minhas prioridades. Mais recentemente, num momento pós-tese e pós-doutorado, tenho tido a alegria de conviver com Luciana Navarro, que cuida de mim como se fosse uma irmã caçula.

Agradeço também às outras fortes personagens femininas de minha biografia: Marialva Swioklo, Marcia, Maia e Jessie Anderson, Norma Fleischer, Lucília Naves, Raquel Ticle, Maria Antonieta e Ivanise, Ana, Leila, Carmen, Dola e Dulce do Vale. Essa pesquisa teria sido impossível sem essas mulheres.

Michael, dono dos mais belos olhos azuis do mundo, me rodeou de toda ternura que um homem pode oferecer a uma mulher. Não tenho como dimensionar a importância que tem

tomado na minha vida nestes últimos 16 anos de intensa convivência. Grata por aventurar-se pelo mundo comigo; grata por tudo. E Dolores e Rodolfo, meus felinos peludos, têm feito o meu dia a dia mais festivo.

Agradeço também ao Museu Goeldi, à Universidade Federal do Pará (na figura de Graça Ferraz), à Universidade da Amazônia, à Universidade Federal de Pernambuco, à Universidade de Brasília e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituições que facultaram meu acesso às suas bibliotecas, departamentos, arquivos e eventos.

O CNPq me permitiu dedicação exclusiva durante todo o período da pesquisa. Em termos financeiros e logísticos, recebi também apoios pontuais da ONG Curumim, NACi, FIOCRUZ, ANPOCS e a PROPESQ/UFRGS. Meus pais e minha sogra sempre estiveram presentes, com suas generosas ofertas de passagens, milhas aéreas, pouso e livros durante todo esse tempo.

E Milton Hatoum, encantador escritor manauara, me manteve perto do “Norte” para muito além das dores da tese.

• G L O S S Á R I O •

Abumina ou albumina: Categoria êmica que reunia sintomas muito semelhantes à eclâmpsia. “Abumina é um cansaço, é inchaço nas pernas, é dor de cabeça, tontura. A mulher enrola e morde a língua. Nunca atacou uma mulher comigo, graças a Deus. [Aconteceu com uma] mulher [que] não fazia pré-natal porque o pré-natal descobre se a mulher tem ou não” (D. Dorca).

Adomar: Domar.

Afiar: Deixar para pagar uma mercadoria ou serviço posteriormente. Muito utilizado na expressão *parto afiado*, isto é, serviço realizado pela parteira, mas pago depois, quando for possível, pelo marido da paciente.

Afomentar; Fomentar: “Friccionar a pele com líquido aquecido para fins curativos” (Houaiss e Villar, 2001: 1367).

Agasalhar: Guardar um objeto cuidadosamente em algum local específico. Por exemplo, uma bijuteria nova pode ser *agasalhada* dentro de uma caixa de sapato; dinheiro pode ser *agasalhado* dentro do sutiã ou no cós da saia até se chegar em casa; um bebê pode se *agasallar* do lado direito do útero etc.

Anebra: Semelhante à hemorroida. Mas vermes, segundo explicaram, também podem provocar a *anebra*.

Apalpar: No contexto obstétrico destas parteiras, *aparpar* ou *apalpar* pode ser uma forma mais branda de *puxar* uma barriga gestante e fazer diagnósticos, mover o feto de lugar etc.

Aparar: Atender ou assistir a um parto; pegar uma criança. Por isso, parteiras também são chamadas de *aparadeiras*.

Aparelhagem: Tipo de festa muito comum no Pará. Várias caixas de som são empilhadas umas sobre as outras ao redor da pista de dança e estilos como o *tecnobrega* ou o *calíps*o são tocados em altíssimo volume. As *festas de aparelhagem* atraem centenas de jovens nas periferias das grandes cidades, bem como nas boates nas margens dos rios, pelo interior.

Aperparo: Os *aperparos de parto* são os instrumentos necessários para se atender a um parto como a tesoura, o fio para amarrar o umbigo, os *panos de parto* etc. Também encontrei *aperparos do bebê* (fraldas, camisa de pagão, *pen*se para o umbigo, talco etc.), *aperparos de costura* (tesoura, linhas, agulhas, dedal, alfinetes etc.).

Aperreio: “Dificuldade qualquer; obstáculo, apuro; contrariedade, aborrecimento, apoquentação” (Houaiss e Villar, 2001: 251).

Aposento: Aposentadoria.

Avexame: Dificuldade, *aperreio*, pressa.

Barracão: “Casa de moradia de seringalista, que faz também de armazém de gêneros de primeira necessidade e de depósito da borracha colhida pelos seringueiros; Casa de comércio no campo ou em locais pouco habitados, ou em engenhos, usinas e garimpos” (Houaiss e Villar, 2001: 406).

Barrigada: Gravidez, gestação.

Batedeira: Espécie de liquidificador industrial de inox usado para extrair o sumo de frutas como o açaí, a bacaba etc. Substitui o trabalho manual de prensar a fruta na peneira.

Bebê atravessado: Quando o feto não está na posição “ideal” (isto é, a apresentação cefálica) para nascer de parto vaginal, diz-se que está *atravessado*. Por exemplo, o feto pode estar *sentado, deitado, de pé* etc.

Bebê engatado: A criança fica presa no canal vaginal por alguns motivos: a criança é grande demais para o diâmetro da *pente* da parturiente; esta *pente* está *madura, baixa* ou *fechada*; a criança está mal posicionada, vindo de pé ou de bunda.

Bebê laçado: Quando o cordão umbilical de um feto enrolou-se uma ou mais vezes em volta de seu pescoço, diz-se tratar de um *bebê laçado*.

Bêbi chá (Baby chá): Festa realizada com a presença das parentas e amigas da gestante, nos últimos meses de sua *barri-gada* com o propósito de completar o enxoval da criança com roupas, fraldas ou itens para o quarto.

Benefício: Renda oriunda, geralmente, de programas sociais de assistência, como o “bolsa família”, “auxílio gás”, “pró-jovem” etc.

Boia: Comida.

Bolar, ficar bolando: Quando um item fica sendo jogado de um lado a outro, não é *agasalhado* em um lugar apropriado.

Bonequeiro: Uma pessoa que não paga suas dívidas, que dá calotes ou *lobas* em quem lhe ofereceu crédito ou quem lhe prestou um serviço ou vendeu um produto.

Braçada: Uma quantidade de trabalho realizado. *Ele pagou o parto da esposa com uma braçada de trabalho para a roça da parteira*, poderia se dizer, por exemplo.

Buchuda: Grávida.

Buçu: “Palmeira (*Manicaria saccifera*), nativa da América tropical” (Houaiss e Villar, 2001: 524), muito usada para cobrir casas, fabricar chapéus, artesanato, peneiras, *tipitis* etc.

Calado: “Distância vertical entre a parte inferior da quilha e a linha de flutuação de uma embarcação; calado-d’água” (Houaiss e Villar, 2001: 568). Geralmente, no porto de Melgaço, dada sua rasa baía, apenas *barcos de baixo calado* poderiam atracar.

Calafate: Pessoa que tem por ofício fabricar barcos de madeira.

Cara branca: O rosto empalidecido repentinamente é tido como um sinal de que a pessoa, geralmente a gestante, está prestes a desmaiar.

Caribé: Mingau de farinha fina servido quente para pessoas convalescentes, especialmente puérperas.

Carreteiro: Homem ou adolescente que puxam um *carreto*, estrado de madeira sobre eixo de rodas, levando mercadorias desembarcadas no *trapiche* até as casas e *mercantis*.

Casa de altos e baixos: Casa de dois andares. Geralmente, o primeiro piso é feito em alvenaria e, o segundo, em madeira. Era um dos principais sonhos de consumo entre as pessoas mais pobres de Melgaço.

Casco ou casquinho: Pequena embarcação escavada ou construída a partir de longos troncos de árvores locais. Um *casco* depende sempre de, pelo menos, um remo.

Chope: “Espécie de sorvete feito de água e xarope ou sumo de fruta, que se congela dentro de um saquinho plástico, produzindo um picolé sem pauzinho” (Houaiss e Villar, 2001: 704). Conhecido em outras regiões do Brasil como *dindim* ou *sacolé*.

Companheiro: Pessoa que vende sua mão de obra por um dia de serviço a uma pessoa da família ou da vizinhança. Geralmente, contrata-se um *companheiro* para limpar um terreno, colher mandioca, torrar farinha etc.

Coroar: Momento em que a cabeça do bebê despontava e ficava visível no canal de parto.

Cortar: Quando uma parturiente é *cortada por cima*, significa dizer que ela recebeu uma cirurgia cesariana. Quando ela é *cortada por baixo*, uma episiotomia foi realizada.

Curiosa: Parteira.

Dedar: Ver “Toque”

Desmentir: “Fazer sair ou sair das juntas, fazer torcer ou torcer; luxar(-se), deslocar(-se), desarticular(-se), desconjuntar(-se)” (Houaiss e Villar, 2001: 1002). Uma parteira, puxador ou rezador pode resolver uma *desmentidura* e voltar ossos e ligamentos ao lugar original.

Desocupar: No contexto obstétrico local, esvaziar o útero completamente da placenta e/ou qualquer resíduo do parto. Usava-se muito *a mulher precisa desocupar o resto*.

Despesa: Rancho de comida.

Dianteira: Bolsa d'água ou “saco ou cavidade amniótica” (Houaiss e Villar, 2001: 1032). Diz-se que, quando a *dianteira arrebenta*, o trabalho de parto está por iniciar em pouco tempo.

Dor: No contexto obstétrico, contrações uterinas que já anunciavam o acontecimento do parto. *A Fulana está com dor* ou *Já deu a dor na esposa do Cicrano* poderiam ser expressões ouvidas.

Embarrigar: Engravidar.

Encaminhar: Quando a unidade de saúde não se julgava capaz de resolver algum problema de saúde que lhe chegasse, consultava a disponibilidade de leitos nos hospitais das cidades vizinhas e emitia um *encaminhamento* para que o paciente recebesse uma ajuda de custo da Secretaria Municipal de Saúde e para que fosse recebido no outro hospital.

Encantado: “Qualquer dos muitos seres animados por forças mágicas ou sobrenaturais, habitantes do céu, das selvas, das águas ou de lugares sagrados” (Houaiss e Villar, 2001: 1132).

Escarnicar: Ver “Toque”

Escorrimento: Corrimento vaginal, provocado por infecção, inflamação, leucorreia.

Esparrenta/o: Exagerado, espalhafatoso, barulhento, gritador(a).

Espinhaço: Costas, espinha dorsal, dorso.

Estar porre: Estar bêbado.

Filho de tempo: Bebê que nasce no tempo regular de nove meses completos.

Filho de umbigo: Quando uma parteira atendia a um parto, o bebê que nascia se tornaria seu *filho de umbigo*. Posteriormente, esta criança, ao reencontrar sua parteira pelas ruas, deveria pedir-lhe a bênção e sempre prestar-lhe homenagem, com um beijo na mão, um aceno de cabeça etc.

Friagem: Choque térmico com capacidade de provocar alteração na saúde da pessoa. Por isso, puérperas não deveriam sair de casa já que se encontravam num estado tido como *quente* e, tomar o ar da rua poderia lhes provocar uma *friagem* e comprometer seu restabelecimento e resguardo.

Furo: “Trecho de água, em meio a arvoredos e plantas aquáticas, passível de ser navegado, pelo qual rios, ou rios e lagos, se comunicam” (Houaiss e Villar, 2001: 1407).

Gaiola: “Embarcação fluvial a vapor, de pouca borda e superestrutura alta, dotada de varandas, usada geralmente para transporte de passageiros” (Houaiss e Villar, 2001: 1414). No Rio Pará, os *gaiolas* eram enormes, com capacidade para centenas de pessoas.

Garrafada: Infusão preparada pelas parteiras (mas também benzedeadas e outros cuidadores populares) com ervas, raízes, sementes e, geralmente, uma base alcoólica (como vinho, cachaça), para tratar toda sorte de enfermidades, especialmente ginecológica (como *fortalecer a mãe do corpo, pegar filho, limpar o corpo depois de um aborto* etc.).

Igarapé: “Canal natural estreito e navegável por pequenas embarcações, que se forma entre duas ilhas fluviais ou entre uma ilha fluvial e a terra firme” (Houaiss e Villar, 2001: 1568). Geralmente, *igarapés* são maiores, mais longos e largos do que os *furos*.

Imbiara: Carne, caça ou frutos que foram alvo de caçadores ou donos do quintal ou plantação. Comer *imbiara* era colocar-se num estado em que a saúde e o bem-estar ficariam comprometidos. No caso das gestantes, comer *imbiara* poderia apressar o parto.

Injeção de puxo: Injeção de ocitocina. A ocitocina é um hormônio natural “(C₄₃H₆₆N₁₂O₁₂S₂) segregado pela hipófise que induz as contrações do músculo uterino durante o parto e estimula a secreção de leite” (Houaiss e Villar, 2001: 2097). A injeção é sua variável sintética.

Jambeiro: Pé de jambo (*Syzygium jambos*) (Houaiss e Villar, 2001: 1670). Árvore com copa alta, frondosa e cônica, geralmente tida como ponto de referência numa cidade.

Jirau: “Armação de madeira sobre a qual se constrói uma casa de modo a evitar a água e a umidade” (Houaiss e Villar, 2001: 1683). Poderia funcionar como uma varanda, nas extremidades da casa. Em Melgaço, também se referiam ao *jirau da pia*, *jirau do banheiro*, isto é, beiradas de madeira inclinadas onde a água necessariamente deveria escorrer para não empoçar.

Jito/a; Jitito/a: Muito pequeno, diminuto.

Leiteira: Ama de leite.

Loba: Logro, cano, embuste. Diz-se *Fulano levou uma loba de Cicrano*.

Maçada: “Situação ou atividade que enfada, aborrece; importunação” (Houaiss e Villar, 2001: 1799). Frequentemente, em Melgaço, tentava-se evitar a *maçada* da sala de espera da unidade de saúde, nos correios, na prefeitura em dias de pagamento de *benefícios*.

Malina: Má, maldosa. Uma pessoa faz *malinezas* com outra.

Manino/a: Estéril.

Matapi: “Armadilha para apanhar peixe, de formato oblongo, com uma ou duas bocas e uma tampa na outra extremidade, fabricada principalmente de fibras vegetais” (Houaiss e Villar, 2001: 1866). Na região de Melgaço, o matapi era muito usado para pegar camarão e moluscos.

Mercantil: Mercadoria, pequeno entreposto comercial.

Mofina: Uma pessoa que se apresenta *mofina* é logo tida como adoentada, sem disposição, desanimada. Pode-se dizer *Hoje, levantei com uma grande mofineza pelo corpo*.

Mordido: Estar *mordido* é sentir raiva, irritação, impaciência com algum comportamento alheio cujo o qual não se aprova ou não se espera. Geralmente, a pessoa que *fica mordida* se sente ofendida, trapaceada, em desvantagem.

Novidade: Menstruação.

Panema: Um estado especial, positivo ou negativo. Uma arma poderia estar *panema* e ajudar o caçador a trazer o almoço para casa. Uma pessoa *panema* estava azarada, cheia de dificuldades para realizar a tarefa a que se propusera.

Papelagem: Quantidade de papéis, folhas, documentos, certificados, certidões etc. Geralmente, papéis tidos como importantes, oficiais, formais.

Paragem: Lugar ou espaço onde se vive, onde uma casa ou uma cidade está assentada.

Passamento: Desmaio.

Pavulagem: Arremedo da palavra *pabulagem*, isto é, presunção, soberba, autoconfiança exacerbada. Uma pessoa *pávula* “conta grandezas e se vangloria; ou desdenha e despreza” o outro (Houaiss e Villar, 2001: 2100).

Pegar menino: Atender a um parto. Semelhante a aparar uma criança.

Pense: Um pequeno e comprido pedaço de pano muito limpo e alvejado que era amarrado ao redor da barriga do recém-nascido formando o que chamavam de *pense de umbigo*. O objetivo era manter o umbigo preso e seco, livre de contaminação ou qualquer outro perigo que comprometesse sua progressiva cicatrização e posterior queda.

Pente: Em termos biomédicos, corresponderia à porção do púbis feminino. As parteiras se referiam, geralmente, ao osso púbiano que tendia a se abrir em decorrência do parto. Por isso, havia mulheres com *pente aberta*, *pente fechada*, *pente verde*, *pente alta* etc. Aquelas com *pente aberta*, *alta* e *verde* geralmente pariam com maior facilidade e rapidez.

Perder a mulher ou o bebê: Quando a mulher e/ou seu bebê morriam durante ou após o parto, nem sempre a parteira era responsável pelo ocorrido. Mas, se estivesse atendendo esse caso, dizia-se que a *aparadeira perdeu* a paciente e/ou o recém-nascido. Certamente, seu “currículo” ficaria “manchado” com esta baixa.

Postinho: Como o posto de saúde do Programa Saúde da Família era conhecido em Melgaço.

Puxar: Realizar algum tipo de massagem sobre o ventre de uma mulher grávida ou sobre membros e partes do corpo que sofrem de alguma dor, luxação muscular, torção. Não só parteiras, mas rezadores, puxadores, benzedeiros também faziam *puxações*.

Puxo: “Contração uterina do parto” (Houaiss e Villar, 2001: 2340). Vontade de fazer força para expelir a criança durante o trabalho de parto. Nem todas as mulheres tinham *puxos*, me explicavam as parteiras, e isto dificultava seu trabalho.

Quarentar: Completar 40 dias de resguardo após o parto.

Quebranto: Mau olhar.

Rasgadura: A pele poderia ser *rasgada* por um golpe de *terçado*, um baque de um pedaço de madeira, um soco ou uma queda. Quando alguém dizia que havia *se rasgado*, ela sentiria dor, inchaço, ardor e/ou dificuldade de mover aquela parte do corpo. Era necessário ser *puxado* e/ou tomar algum *remédio do mato* ou *da farmácia* para aliviar os sintomas.

Regatão: “Mercador que percorre os rios de barco, parando em vários povoados” (Houaiss e Villar, 2001: 2415). Atravessador de mercadorias que vinha, geralmente, dos centros urbanos maiores para vender produtos em pequenas *paragens* no interior ribeirinho.

Reimoso: Alguns alimentos eram tidos como perigosos, fortes, inadequados para crianças, gestantes, idosos, convalescentes consumirem. Poderia ser a gordura, as escamas, o fato de rastejar, a cor ou o cheiro de um alimento *reimoso* (fruta, pesca, caça) que fazia desandar a saúde da pessoa.

Reinar: Recriminar, brigar, repreender, dar bronca.

Reparar crianças: Cuidar, pajejar crianças pequenas e de colo.

Resto: Placenta.

Retiro: Porção de terra agriculturável, geralmente localizada na periferia rural da cidade.

Roupa do parto: Panos, trapos, toalhas, lençóis usados durante o parto para forrar ou limpar o chão.

Operar: Uma mulher *operada* foi esterilizada por meio de uma laqueadura tubária.

Serimbabo: Galinhas, patos, perus, em geral, aves de criação doméstica.

Sinal de parto: Um primeiro e leve sangramento que indica que o trabalho de parto estava prestes a começar.

Tacacá: “Caldo quente feito com a goma da mandioca, camarões [secos] e tucupi e temperado com alho, sal e pimenta, a que se adiciona jambu, erva com a propriedade de provocar sensação de formigamento na boca” (Hoauiss). O tacacá poderia ser encontrado facilmente em bancas pelas ruas, portos e praças do Pará e custava entre R\$1,00 e R\$3,00.

Talhar: Negar, recusar, evitar um pedido, um serviço, um favor.

Tentear: Colocar empecilho ou desculpa para não fazer uma tarefa; evitar; adiar.

Terçado: Facção grande.

Teto: Doença que poderia acometer um recém-nascido provocando-lhe paralisia, convulsões, *mofineza*. Também chamado de *mal de sete dias*. Categoria êmica com sintomas semelhantes, mas mais amplas do que o tétano neonatal.

Tirar/comprar na nota: Quando uma mercadoria não era paga imediatamente, ela era *afiada* e vendedor anotava num caderno o que fora comprado.

Tolice: Manha, lamento, exigência tidos como fúteis, insignificantes e, no caso do parto, como falta de coragem e força da parturiente.

Toque: “Modo de exploração de certas partes interiores do corpo, em que se introduz o indicador, ou o indicador e o médio, na cavidade que se pretende investigar; exame de uma cavidade natural do corpo praticada com o auxílio dos dedos” (Houaiss e Villar, 2001: 2735). Geralmente, o toque vaginal servia para medir o progresso da dilatação do colo uterino da parturiente. Também se dizia *dedar* ou, quando *toques* repetidos, doloridos e abusivos eram realizados, *escarnicar* ou *esburacar*.

Trapiche: Longo píer de madeira que liga o hidroviário ou a beirada da cidade aos barcos ancorados.

Unidade: Como a unidade de saúde era conhecida em Melgaço.

• REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS •

ABOUZHR, Carla. “Lecciones sobre maternidad sin riesgo”. *Foro Mundial de la Salud*, 19, 1997, pp. 261-269.

ABREU, Isa Paula Hamouche. “Assistência ao parto domiciliar”. In JUCÁ, Luiza e MOULIN, Nilson (Orgs.). *Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. São Paulo: Cortez, 2002, pp. 73-77.

ABU-LUGHOD, Lila. “Do muslim women really need saving? Anthropological reflections on cultural relativism and its others”. *American Anthropologist*, 104(3), 2002, pp. 738-790.

ACEVEDO, Dolores e HURTADO, Elena. “Midwives and formal providers in prenatal, delivery, and post-partum care in four communities in rural Guatemala: Complementarity or conflict?”. In PEBLEY, A. R. e ROSERO-BIXBY, L. (Orgs.) *Demographic diversity and change in the Central American isthmus*. Santa Monica: RAND Corporation, 1997. pp. 271-326.

ALTO, William A., ALBU, Ruth E., IRABO, Garabinu. “An alternative to unattended delivery: A training programme for village midwives in Papua New Guinea”. *Social Science and Medicine*, 32(5), 1991, pp. 613-128.

ATLAS MUNDIAL. São Paulo: Companhia Melhoramentos de São Paulo, 1999.

ATTUCH, Iara. *Conhecimentos tradicionais do Cerrado: Sobre a memória de Dona Flor, raizeira e parteira*. Dissertação [Mestrado em Antropologia]. Brasília: UnB, 2006.

ÁVILA, Maria Betânia. “Modernidade e cidadania reprodutiva”. *Estudos Feministas* 1(2), 1993, pp. 382-393.

BAIA, Helio Pena. *A cidade no tempo, o tempo na cidade. Elementos para a compreensão da formação histórica e geográfica da cidade de Melgaço, PA*. Dissertação. [Graduação em Geografia]. Belém: UFPA, 2004.

BARROSO, Iraci C. *Saberes e práticas das parteiras tradicionais do Amapá: histórias e memórias*. Dissertação [Mestrado em História]. Campinas: UNICAMP, 2001.

BATES, Henry Walter. *O naturalista no Rio Amazonas. Volume 1*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1944.

BEEMAN, William O. e BHATTACHARYYA, Amit K. “Toward an assessment of the social role of rural midwives and its implication for the family planning program: An Iranian case study”. *Human Organization*, 37(3), 1978, pp. 295-300.

BELTRÃO, Jane. “Tradição esquecida. Discussão sobre a importância das parteiras na saúde pública”. *Cadernos do Centro de Filosofia e Ciências Humanas*, Belém 17, 1988, pp. 127-138.

BERQUÓ, Elza. “Brasil, um caso exemplar. Anticoncepção e parto cirúrgico, à espera de uma ação exemplar”. *Estudos Feministas* 1(2), 1993, pp. 366-381.

BERQUÓ, Elza S. e CUNHA, Estela Maria G. P. da (Orgs.). *Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995)*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2000.

BESSA, Lucineide F. *Condições de trabalho de parteiras: Algumas características no contexto domiciliar rural*. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Salvador: UFBA, 1997.

BONETTI, Alinne de Lima. “*Não basta ser mulher, tem de ter coragem*”. *Uma etnografia sobre gênero, poder, ativismo feminino popular e o campo feminista de Recife, Pernambuco*. Tese [Doutorado em Ciências Sociais]. Campinas: UNICAMP, 2007.

_____. *Entre feministas e mulheristas: Uma etnografia sobre promotoras legais populares e novas configurações da participação política feminina popular em Porto Alegre*. Dissertação [Mestrado em Antropologia]. Florianópolis: UFSC, 2000.

BONETTI, Alinne e FLEISCHER, Soraya (Orgs.). *Entre saias justas e jogos de cintura*. Santa Cruz do Sul/Florianópolis: Edunisc/ Editora Mulheres, 2007.

BRABO, Maria José Carvalho. *Os roceiros de Mauná*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1979.

BRANDÃO, Nadja dos Santos. *Da tesoura ao bisturi: O ofício das parteiras 1897-1967*. Dissertação [Mestrado em História]. Porto Alegre: PUCRS, 1998.

BRINK, Pâmela J. “Traditional birth attendants among the Annang of Nigéria”. *Social Science and Medicine*, 16, 1982, pp. 1883-1892.

BROWNER, Carole H. “The management of reproduction in an egalitarian society”. In MCCLAIN, Carol Sheperd (Org.) *Women as healers: Cross-cultural perspectives*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1995, pp. 58-72.

_____. “Commentary”. *Social Science and Medicine* 28, 1989, pp. 925-944.

CAIXETA, Vera Lúcia. *Parteiras em Minas Gerais no século XIX: Poderes e saberes compartilhados (1832-1850)*. Dissertação [Mestrado em História]. Brasília: UnB, 2003.

CALDEIRA, Tereza. *A política dos outros: O cotidiano dos moradores da periferia e o que pensam do poder e dos poderosos*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. *Identidade, etnia e estrutura social*. São Paulo: Livraria Editora Pioneira, 1976.

CARVALHO, Islene., CHACHAM, Alessandra Sampaio., VIANA, Paula. “Parteiras tradicionais e suas práticas na área rural de Pernambuco – 1996”. In *Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*, 1994, pp. 873-888.

CASTAÑEDA-CAMEY, Xochitl., BARRIOS, Cecilia Garcia., GUERRERO, Xóchitl Romero., NUÑEZ-URQUIZA, Rosa María., HERNÁNDEZ, Dolores Gonzalez., GLASS, Ana Langer. “Traditional birth attendants in Mexico: Advantages and inadequacies of care for normal deliveries”. *Social Science and Medicine*, 43(2), 1996, pp. 199-207.

CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla. *Práticas obstétricas adotadas pelas parteiras tradicionais a assistência ao parto e nascimento domiciliar na Amazônia Legal, Santana, AP*. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

CHAZAN, Lílian Krakowski. “Fotógrafo de interiores: O consumo de imagens fetais e a produção do prazer de ver”. In LEITÃO, Débora K., LIMA, Diana N. de O., MACHADO, Rosana P. *Antropologia e consumo: Diálogos entre Brasil e Argentina*. Porto Alegre: AGE, 2006.

_____. “Vestindo o jaleco: Reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico”. *Cadernos de campo*, 14, 2005, pp. 15-32.

COMAROFF, John e COMAROFF, Jean. *Ethnography and the historical imagination*. Boulder: Westview Press, 1992.

CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Revista Conasems* 2(15). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CORRÊA, Sonia. “Gênero e saúde: Campo em transição”. In BRUSCHINI, Cristina e UNBEHAUM, Sandra G. (Orgs.). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 2002, pp. 357-388.

_____. “Saúde reprodutiva’, gênero e sexualidade: Legitimação e novas interrogações”. In GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, pp. 39-50.

CORRÊA, Ivone Maria Xavier de Amorim e LEONEL, Maria Clarice. “Parteiras, pajelança e encantados: Aspectos da cultura cabocla em Melgaço”. In LEONEL, Clarice (Org.) *Entre homens, arcanjos e encantados: (Re)visitando Melgaço*. Belém: UNAMA, 2002, pp. 35-49.

COSMINSKY, Sheila. “Childbirth and midwifery on a Guatemalan finca”, *Medical Anthropology* 6(3), 1977a, pp. 69-103.

_____. “El papel de la comadrona en Mesoamerica”, *América Indígena*, XXXVII(2), 1977b, pp. 305-351.

_____. “Knowledge and body concepts of Guatemalan midwives”. ARTSCHWAGER, Kay (Org.). *Anthropology of Human Birth*. Philadelphia: Davis Company, 1982, pp. 233-252.

_____. “Traditional midwifery and contraception”. In BANNERMAN, G. (Org.). *Traditional medicine and health care coverage*. Geneva: World Health Organization, 1983a, pp. 142-162.

_____. “Medicinal pluralism in Mesoamerica”. In KENDALL, Carl., HAWKINS, John., e BOSSEN, Laurel. (Orgs.) *Heritage of conquest: Thirty years later*. Albuquerque: University of New Mexico Press, 1983b, pp. 159-173.

COSTA, Lucia Helena Rodrigues da. *Memórias de parteira: Entrelaçando gênero e história de uma prática feminina de cuidar*. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Florianópolis: UFSC, 2002.

COSTA, Ana Maria. “Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil”. In GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, pp. 319-336.

CRUZ, Ernesto. *Temas da história do Pará*. Belém: SPVEA, 1960.

CSORDAS, Thomas J. e KLEINMAN, Arthur. “The therapeutic process”. In SARGENT, Carolyn e JOHNSON, Thomas. (Orgs.) *Medical anthropology. Contemporary theory and method*. London: Westport Connecticut, 1996, pp. 3-20.

DAMATTA, Roberto. “Panema: Uma tentativa de análise estrutural”. In _____. *Ensaaios de antropologia estrutural*. Petrópolis: Vozes, 1973, pp. 67-96.

DAVIDSON, Judith. “The delivery of rural reproductive medicine”. In WULFF, Robert M. e FISKE, Shirley J. (Orgs.). *Anthropological praxis: Translating knowledge into action*. Boulder: Westview Press, 1987, pp. 262-272.

DAVIS-FLOYD, Robbie. *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University of California Press, 1992, 382p.

DEBERT, Guita Grin. “Problemas relativos à utilização da história de vida e história oral”. In CARDOSO, Ruth C. L. (Org.) *A aventura antropológica. Teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986, pp. 141-156.

DE CERTEAU, Michel. *A invenção do cotidiano: Artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1996.

DE CERTEAU, Michel e JULIA, Dominique. “A beleza do morto: O conceito de ‘cultura popular’”. In REVEL, Jacques. *A invenção da sociedade*. Lisboa/Rio de Janeiro: DIFEL/Editora Bertrand do Brasil, 1989, pp. 49-75.

DEL PRIORE, Mary. *Ao sul do corpo: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro/Brasília: José Olympio/EdUnB, 1993.

DIAS, Maria Djair. *Mãos que acolhem vidas. As parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina*. Tese [Doutorado em Enfermagem]. São Paulo: USP, 2002.

DIRKS, Nicholas., ELEY, Geoff. e ORTNER, Sherry. “Introduction”. In *Culture/power/history: A reader in contemporary social theory*. _____. (Orgs.). Princeton: Princeton University Press, 1994, pp. 3-45.

DOUGLAS, Mary. “Modelo corpo/casa do mundo: O microcosmo como representação coletiva”. *Revista FAMECOS*, 25, 2004, pp. 138-152.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

FARMER, Paul. "Bad blood, spoiled milk: Bodily fluids as moral barometers in rural Haiti". *American Ethnologist* 15(1), 1988, pp. 63-83.

FASANO, Patricia. *De boca en boca: El chisme de la trama social de la pobreza*. Buenos Aires: Antropofagia, 2006.

FAUST, Betty. "When is a midwife a witch?". In WHELEHAN, Patricia (Org.). *Women and health, cross-cultural perspectives*. Massachussets: Bergin and Garvery Publishers, Inc., 1989, pp. 21-38.

FERRAND, Michele. "A questão dos direitos reprodutivos na França". *Estudos Feministas* número especial, 1994, pp. 79-85.

FERRAZ, Maria das Graças. "Capacitação e cooperação interinstitucional". In LISBOA, Pedro L. B. (Org.). *Estação Científica Ferreira Penna: Ciência e desenvolvimento sustentável na Amazônia*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1999, pp. 75-100.

FERRAZ, Maria das Graças; LISBOA, Pedro L. B.; NINNI, Karina; SANTANA, Maria R. A.; ANDRADE, Maria do S. "Programa Floresta-Modelo de Caxiuanã: Desenvolvimento sustentável de comunidades ribeirinhas". In LISBOA, Pedro L. B. (Org.). *Caxiuanã: Populações tradicionais, meio físico e diversidade biológica*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 2002, pp. 127-163.

FERREIRA PENNA, Domingos Soares. *Obras completas*. Belém: Conselho Estadual de Cultural, 1971-1973.

FIGUEIREDO, Aldrin Moura de. "Pajelança e medicina na Amazônia no limiar do século XX". In CHALOUB, Sidney, MARQUES, Vera Regina Beltrão., SAMPAIO, Gabriela dos

Reis., SOBRINHO, Carlos Roberto Galvão *et al* (Orgs.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de História Social*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003, pp. 273-304.

FITI-SINCLAIR, Ruta. “Childbirth in Papua New Guinean villages and in Port Moresby General Hospital”. In LUKERE, Vicki e JOLLY, Margaret (Orgs.). *Birthing in the Pacific: Beyond tradition and modernity?* Honolulu: University of Hawai’i Press, 2003, pp. 56-78.

FLEISCHER, Soraya. *Passando a América a limpo: O trabalho de housecleaners brasileiras em Boston, Massachusetts*. São Paulo: Anablume, 2002.

_____. “Sangue, leite e quarentena: Notas etnográficas sobre o puerpério na cidade de Melgaço, Pará”. *Campos* 8, 2007a, pp. 81-97.

_____. “Etnografando ONGs feministas: Algumas lições da Guatemala e do Brasil”. In BONETTI, Alinne e FLEISCHER, Soraya (Orgs.). *Entre pesquisar e militar: Contribuições e limites dos trânsitos entre pesquisa e militância feministas*. Brasília: CFEMEA, 2007b, pp. 75-89. http://www.cfemea.org.br/pdf/dossie_entre_pesquisar_militar.pdf

_____. “Bolsas, livros, camisetas e certificados. Ou o que as parteiras de Melgaço têm a dizer sobre os cursos de treinamentos”. *Anais do VII Seminário Fazendo Gênero*, 28-30/09/2006. Florianópolis, 2006a. http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/S/Soraya_Fleischer_26.pdf

_____. “Pasando por comadrona, midwife y médico: El itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala”. *Anthropologica*, 24(24), 2006b, pp. 51-75. <http://www.scielo.org.pe/pdf/anthro/v24n24/a03v24n24.pdf>

FLEISCHER, Soraya e SCHUCH, Patrice. *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Brasília: Letras Livres/Editora da Universidade de Brasília, 2010.

FONSECA, Claudia. *Família, fofoca e honra: Etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

_____. “Pais e filhos na família popular (início do século XX)”. In D’INCAO, Maria Angela (Org.). *Amor e família no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1989.

FONSECA, Claudia e BRITES, Jurema. “Ritos de recepção: Nomes, batismos e certidões como formas de inscrição da criança no mundo social”. In: SOUSA, Sonia M. G. (Org.). *Infância e adolescência: Múltiplos olhares*. Goiânia: Editora da UCG, 2003, pp. 11-34.

FOUCAULT, Michel. *A palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

FREITAS, Maria do Socorro. *Mãos que aparam vidas: As parteiras de Carururu, PE*. Dissertação [Mestrado em Sociologia]. João Pessoa: UFPB, 1997.

GEERTZ, Clifford. “Uma descrição densa: Por uma teoria interpretativa da cultura”. In: _____. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989, pp. 13-41.

_____. *Works and lives*. Stanford: University Press, 1988.

GIGLIO-JACQUEMONT, Armelle. *Urgências e emergências em saúde: Perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes. O cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela Inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

GOLDMAN, Noreen e GLEI, Dana A. "Evaluation of midwifery care: Results from a survey in rural Guatemala". *Social Science and Medicine*, 56, 2003, pp. 685-700.

GREENBERG, Linda. "Midwife training programs in Highland Guatemala". *Social Science and Medicine* 16, 1982, pp. 1599-1609.

HARAWAY, Donna. "Saberes localizados: A questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial". *Cadernos Pagu* 5, 1995, pp. 7-42.

HINCAPIÉ, Elizabeth e VALENCIA, Claudia Patrícia. "Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal del municipio de Quinchía, Colombia". *Colombia Medica* 31, 2000, pp. 11-15.

HOUAISS, Antonio e VILLAR, Mauro de Salles. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001.

HURTADO, Elena. "Estudio de las características y prácticas de las comadronas tradicionales en una comunidad indígena de Guatemala". *Etnomedicina en Guatemala*, 1984, pp. 251-264.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2000*. www.ibge.gov.br

_____. *Estimativas da população para 1º de julho de 2009*. Página acessada em 15 de junho de 2010. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf

JARDIM, Rejane Barreto. *Revelando o implícito. Irmãos de caridade e parteiras na formação do saber médico em Porto Alegre (1872 a 1940)*. Dissertação [Mestrado em História]. Porto Alegre: PUC, 1998.

JEFFERY, Roger e JEFFERY, Patricia M. "Traditional birth attendants in rural North India: The social organization of childbearing". In LINDENBAUM, S. e LOCK, M. (Orgs.). *Knowledge, power, and practice: The anthropology of medicine in everyday life*. Berkeley and London: University of California Press, 1993, pp. 7-31.

JOLLY, Margaret. "Introduction. Birthing beyond the confinements of tradition and modernity?". In LUKERE, Vicki e JOLLY, Margaret (Orgs.). *Birthing in the Pacific: Beyond tradition and modernity?* Honolulu: University of Hawai'i Press, 2003, pp. 1-30.

JORDAN, Brigitte. "Authoritative knowledge and its construction". In DAVIS-FLOYD, Robbie e SARGENT, Carolyn F. (Orgs.) *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997, pp. 55-79.

_____. *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Prospect Heights: Waveland Press, Inc. 1993.

_____. "Cosmopolitical obstetrics: Some insights from the training of traditional midwives". *Social Science and Medicine* 28, 1989, pp. 925-944.

KELLY, Isabel. "El adiestramiento de parteras empíricas desde el punto de vista antropológico". *América Indígena* XV(2), 1955.

KITZINGER, Sheila. *Mães, um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença, 1978.

KLEINMAN, Arthur. *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1980.

LANGDON, Jean E. “A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica. Conferência 30 Anos de Xingu”. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1995.

LANGDON, Esther., MALUF, Sonia., TORNQUIST Carmen Susana. “Ética e política na pesquisa: Os métodos qualitativos e seus resultados”. In GUERRIERO, Iara Coelho Zito, SCHMIDT, Maria Luisa, ZICKER, Fabio (Org.). *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008, pp. 128-47.

LANNA, Marcos. “Nota sobre Marcel Mauss e o Ensaio sobre a dádiva”. *Revista Sociologia e Política* 14, 2000, pp. 173-194.

MACHADO, Paula Sandrine. *Muitos pesos e muitas medidas: Um estudo antropológico sobre as representações masculinas na esfera das decisões sexuais e reprodutivas*. Dissertação [Mestrado em Antropologia Social]. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

MANGAY-MAGLACAS, Amelia e SIMONS, John (Orgs.). *The potential of the traditional birth attendant*. Geneva: World Health Organization, 1986.

MANGAY-MAGLACAS, Amelia. “Filipinas: Establecimiento y utilización del registro nacional de parteras tradicionales”. In PIZURKI, Helena e MANGAY-MAGLACAS, Amelia. (Orgs.). *La partera tradicional en siete países: Ejemplos prácticos de utilización y adiestramiento*. Ginebra: OMS, 1981, pp. 35-80.

MANI, S. B. “A review of midwife training programs in Tamil Nadu”. *Studies in Family Planning*, 11(12), 1980, pp. 395-400.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: Uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2006.

MARTINI, Andréa. *A margem do limite: Fronteira e narrativa na Foz do Breu, Acre, Brasil*. Tese [Doutorado em Ciências Sociais]. Campinas: UNICAMP, 2005.

MASCELANI, Ângela. “Um mergulho no mundo das parteiras”. In *Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. JUCÁ, Luiza e MOULIN, Nilson (Orgs.). São Paulo: Unicef, 2002, pp. 112-126.

MAUSS, Marcel. “Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas”. In *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU, 1974 [1923-24], pp. 37-184.

MÉNDEZ-GONZÁLEZ, Rosa María e CERVERA-MONTEJANO, María Dolores. “Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional”. *Salud Pública de Mexico*, 44, 2002, pp. 129-136.

MENDONÇA, Lúcia G. *Parteiras em Londrina: 1958-1995*. Dissertação [Mestrado em História das Ciências da Saúde]. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, 2004.

MENÉNDEZ, Eduardo. “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”. *Alteridades*, 4(7), 1994, pp. 71-83.

MEYER, Dagmar Estermann. “Direitos reprodutivos e educação para o exercício da cidadania reprodutiva: Perspectivas e desafios”. In FONSECA, Claudia., TERTO JR, Veriano., ALVES, Caleb Faria (Orgs.). *Antropologia, diversidade e direitos humanos: Diálogos interdisciplinares*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004, pp. 87-101.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Informações em saúde*. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Brasília, 2009. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppa.def>

_____. *Indicadores e dados básicos 2008*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/C03b.htm>

_____. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. *Trabalhando com parteiras tradicionais*. Área Técnica da Saúde da Mulher/Grupo Curumim Gestação e Parto. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. *Livro da Parteira*. Área técnica da Saúde da Mulher/Grupo Curumim Gestação e Parto. Brasília, 2000b.

MINTZ, Sidney. “Encontrando Taso, me encontrando”. *Dados* 27(1), 1984, pp. 45-58.

_____. *A worker in the cane: A puerto rican life history*. Nova Iorque: Norton, 1960.

MOCARZEL, Eduardo. “As amigas do parto”. *Valor*, 17/09/2004, pp. 18-19.

MORTON, Helen. "From *Ma'uli* to Motivator: Transformations in reproductive health care in Tonga". In LUKERE, Vicki e JOLLY, Margaret (Orgs.). *Birthing in the Pacific: Beyond tradition and modernity?* Honolulu: University of Hawai'i Press, 2003, pp. 31-56.

MOTT, Maria Lucia. "Assistência ao parto: Do domicílio ao hospital (1830-1960)". In *Projeto História* 25, 2002, pp. 197-219.

_____. "Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920)". *Revista de Enfermagem da USP* 13(1), 2001, pp. 46-53.

_____. "A parteira ignorante: Um erro de diagnóstico médico?". *Estudos Feministas* 7(1), 1999a, pp. 25-36.

_____. "O curso de partos: Deve ou não haver parteiras?". *CADERNOS de pesquisa* 108, 1999b, pp. 133-160.

MOTTA-MAUÉS, Maria Angélica. *Trabalhadeiras e camaradas. Relações de gênero, simbolismo e ritualização numa comunidade amazônica*. Belém: UFPA, 1993.

MOTTA-MAUÉS, Maria Angélica e MAUÉS, Raymundo Heraldo. "O modelo da 'reima': Representações alimentares em uma comunidade amazônica". *Anuário Antropológico* 2, 1978, pp. 120-147.

MOURA, Edila Arnaud Ferreira e LAGO, Syane de Paula. "Pará". In BERQUÓ, Elza S. e CUNHA, Estela Maria G. P. da (Orgs.). *Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995)*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2000, pp. 89-121.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Traditional medicine strategy, 2002-2005*. Genebra: OMS, 2002.

_____. *Parteras tradicionales: Declaracion conjunta OMS/FNUAP/ UNICEF*. Genebra: OMS, 1993.

_____. *Potencial de las parteras tradicionales*. Genebra: OMS, 1986.

_____. *Parteras tradicionales: Guia practica para el adiestramiento, la evaluacion y la articulacion de este personal en los servicios de salud*. Genebra: OMS, 1979.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA PARA A SAÚDE. *Iniciativa reforma sector salud*. Washington: OPAS, 1998.

ORO, Ari Pedro. “Neopentecostalismo: Dinheiro e magia”. In GORSKI, Sonia Romero (Org.). *Antropología social y cultural en Uruguay 2002-2003*. Montevideo: UNESCO, 2003, pp. 205-214.

O’ROURKE, Kathleen. “Evaluation of a training program for traditional birth attendants in Quetzaltenango, Guatemala”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 119(6), 1995, pp. 503-514.

ORTNER, Sherry. “Introduction”. In ORTNER, Sherry. (Org.). *The fate of “culture”: Geertz and beyond*. Berkeley: University of California Press, 1999, pp. 1-13.

_____. “Resistance and the problem of ethnographic refusal”. *Comparative Study of Society and History*, 37(1), 1995, pp. 173-193.

_____. “Theory in anthropology since the sixties”. In *Culture/power/history: A reader in contemporary social theory*. DIRKS, Nicholas., ELEY, Geoff. e ORTNER, Sherry (Orgs.). Princeton: Princeton University Press, 1994, pp. 372-411.

PACHECO, Agenor Sarraf. *À margem dos Marajós: Memórias em fronteiras na nascente “cidade-floresta” Melgaço*. Dissertação [Mestrado em História Social]. São Paulo, PUC, 2004.

_____. *Lembranças de uma vida: A cidade de Melgaço e a casas de farinha no olhar do farinheiro (1927-1998)*. Dissertação [Graduação em História]. Belém: UFPA, 1999.

PARRA, Pilar. “Midwives in the Mexican health system”. *Social Science and Medicine* 37(11), 1993, pp. 1321-1329.

PAUL, Lois. “Recruitment to a ritual role: The midwife in a Maya community”. *Ethos* 3, 1975, pp. 449-467.

PEREIRA, Maria Luiza Garnelo. *Fazendo parto, fazendo vida: Doença, reprodução e percepção de gênero na Amazônia*. Dissertação [Mestrado em Ciências Sociais]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1993.

PIGG, Stacy Leigh. “Authority in translation: Finding, knowing, naming, and training ‘traditional birth attendants’ in Nepal”. In DAVIS-FLOYD, Robbie and SARGENT, Carolyn F. (Orgs.) *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997, pp. 233-262.

PILLSBURY, Bárbara L. K. “Policy and evaluation perspectives on traditional health practitioners in national health care systems”. *Social Science and Medicine* 16, 1982, pp. 1825-1834.

PINTO, Benedita Celeste de Moraes. *Nas veredas da sobrevivência. Memória, gênero e símbolos de poder feminino em povoados amazônicos*. Belém: Paka-Tatu, 2004.

_____. “Vivências cotidianas de parteiras e ‘experientes’ do Tocantins”. *Estudos Feministas* 10(2), 2002, pp. 441-448.

_____. “Parteiras e poções vindas das matas e ribanceiras dos rios”. *Projeto História*, 23, 2001, pp. 321-345.

PIRES, Tainá. “Profissão: Parteiras”. *Outras palavras* 7, 2000. http://www.ac.gov.br/outraspalavras/outras_7/parteira.html

PITANGUY, Jacqueline. “O movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos”. In GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, pp. 19-38.

PIZURKI, Helena e MANGAY-MAGLACAS, Amelia. *La partera tradicional en siete países: Ejemplos prácticos de utilización y adiestramiento*. Genebra: OMS, 1981.

PRADO, Maria Ligia Coelho e CAPELATO, Maria Helena Rolim. “A borracha na economia brasileira da Primeira República”. In FAUSTO, Boris (Org.) *O Brasil Republicano. Tomo III. Estrutura de poder e economia (1889-1930)*. São Paulo: DIFEL, 1977, pp. 285-307.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2000*. Brasília: PNUD, 2000.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Dossiê Humanização do Parto*. 2002.

<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiehumanizacaodoparto.html>

RIBEIRO, Mariska. “Direitos reprodutivos e políticas descartáveis”. *Estudos Feministas* 1(2), 1993, pp. 400-407.

ROZARIO, Santi. “The dai and the doctor: Discourses on women’s reproductive health in rural Bangladesh”. In RAM, Kaplana e JOLLY, Margaret (Orgs.). *Maternities and modernities: Colonial and postcolonial experiences in Asia and the Pacific*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998, pp. 144-176.

SACCHI, Ângela. “Mulheres indígenas: O processo organizativo e as demandas de gênero”. In VERDUM, Ricardo (Org.). *Assistência técnica e financeira para o desenvolvimento indígena*. Rio de Janeiro/Brasília: ContraCapa/Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural, Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2005, pp. 141-159.

SACRAMENTO, Benedito Pantoja. *Perfil sócio-econômico das parteiras tradicionais do município de Melgaço, PA*. Dissertação. [Graduação em Enfermagem com Especialização em Saúde da Família]. Belém: UEPA, 2005.

SALOMON, Christine. “Obligatory maternity and diminished reproductive autonomy in A’jië and Paicî Kanak societies”. In LUKERE, Vicki e JOLLY, Margaret (Orgs.). *Birth in the Pacific: Beyond tradition and modernity?* Honolulu: University of Hawai’i Press, 2003, pp. 79-99.

SARTI, Cynthia. *A família como espelho: Um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: Autores Associados, 1996.

SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

_____. “As múltiplas faces da maternidade”. *Cadernos de Pesquisa* 54, 1985, pp. 39-47.

SCHEEPERS, Lidwien M. “Jidda: The traditional midwife of Yemen?”. *Social Science and Medicine* 33(8), 1991, pp. 959-962.

SCOTT, James. *Domination and the arts of resistance: Hidden transcripts*. New Haven: Yale University Press, 1990.

_____. *Weapons of the weak: Everyday forms of peasant resistance*. New Haven: Yale University Press, 1985.

SESIA, Paola. “Women come here on their own when they need to’. Pre-natal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca”. In DAVIS-FLOYD, Robbie and SARGENT, Carolyn F. (Orgs.). *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997, pp. 397-420.

SIGAUD, Lygia. “As vicissitudes do ‘Ensaio sobre o dom’”. *Mana* 5(2), 1999, pp. 89-124.

SILVA, Hilton P. “Sócio-ecologia da saúde e doença: Os efeitos da invisibilidade nas populações caboclas da Amazônia”. In ADAMS, Cristina; MURRIETA, Rui; NEVES, Walter (Orgs.). *Sociedades caboclas amazônicas: Modernidade e invisibilidade*. São Paulo: Annablume, 2006, pp. 323-350.

SILVA, Maria das Gracias S. N. *Parteiras ribeirinhas: Saúde da mulher e o saber local*. Tese [Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido]. Belém: Universidade Federal do Pará, 2004.

STEPHENS, Carolyn. “Training urban TBAs: Balancing international policy and local reality. Preliminary evidence from the slums of India on the attitudes and practices of clients and practitioners”. *Social Science and Medicine* 35(6), 1992, pp. 811-817.

TARGINO, Regina Rodriguez Bôtto. *Visão sócio-antropológica da parteira curiosa: Dimensões política-educativa-terapêutica, rezas, ritos e ervas*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1992.

THE CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY. *Women of the world: Laws and policies affecting their reproductive lives. Latin America and The Carribean, Progress Report 2000*. Nova Iorque, 2000.

THOMPSON, E. P. *Costumes em comum: Estudos sobre a cultura popular tradicional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

TORNQUIST, Carmen Susana. *Parto e poder. O movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese [Doutorado em Antropologia Social]. Florianópolis: UFSC, 2004.

_____. “Armadilhas da Nova Era: Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto”. *Estudos Feministas*, 10(2), 2002, pp. 483-492.

TORNQUIST, Carmen Susana e LINO, Fernanda. “Relatos de partos y parteras campesinas en Brasil: Los cuentos hacen pensar”. *Intersecciones en Antropología* 6, 2005, pp. 211-217.

TREVATHAN, Wenda. *Human birth: An evolutionary perspective*. Nova Iorque: Aldine De Gruyter, 1987.

VARGAS, Rosana e NACCARATO, Paola. *Allá, las antiguas abuelas eran parteras. Etnografía de las parteras empíricas*. Lima: Flora Tristán Centro de la Mujer Peruana, 1993.

VELIMIROVIC, Helga e VELIMIROVIC, Boris. “The role of traditional birth attendants in health services”. *Medical Anthropology* 5, 1981, pp. 89-105.

VERDERESE, Maria de Lourdes e TURNBULL, Lily M. *The traditional birth attendant in maternal and child health and family planning: A guide to her training and utilization*. Geneva: World Health Organization, 1975.

VIANA, Paula. “Parir em casa. Parir no hospital. O que leva as mulheres a decidirem sobre o local do seu parto em Breves, PA?”. Mimeo, s/d.

VÍCTORA, C. G. “A ‘mãe do corpo’ dentro do corpo da mãe”. *Corpus. Cadernos do NUPACS*, 1999.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. “A medicalização do corpo feminino”. In GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, pp. 67-78.

VIEIRA, Marisa Reginatto. *Resgate das práticas de parteiras leigas: A humanização da atenção ao parto*. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

VILLATORO, Elba. “La comadrona a través de la historia en las prácticas obstétrico pediátricas: Una experiencia en el área IXIL, Quiché”. *La Tradición Popular* 97, 1994.

_____. “El papel de la mujer en la atención obstétrica-pediatrica en Guatemala”. *Tradiciones de Guatemala* 45, 1996, pp. 69-83.

_____. “Concepción y simbolismo en la medicina tradicional de Guatemala”. *Tradiciones de Guatemala* 34, 1990, pp. 27-37.

_____. “La comunicación popular y salud materno infantil”. *Tradiciones de Guatemala* 30, 1989, pp. 61-73.

WHITAKKER, Andrea. "Birth and the postpartum in northeast Thailand: Contesting modernity and tradition". *Medical Anthropology* 18(3), 1999, pp. 215-242.

ZELIZER, Viviana. "Circuits within capitalism". In NEE, Victor e SWEDBERG, Richard (Orgs.). *The economic sociology of capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 2005, pp. 289-322.