



## PRÁTICAS DE CUIDADO DE PARTEIRAS E MULHERES QUILOMBOLAS À LUZ DA ANTROPOLOGIA INTERPRETATIVA

*Quilombola midwives' and women's care practices in the light of interpretative anthropology*

*Prácticas del cuidado de comadronas y mujeres quilombolas a la luz de la antropología interpretativa*

**Joenilton Oliveira Bonfim (Lattes)**

Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF - Petrolina (PE) - Brasil

**Ivanete Fernandes do Prado (Lattes)**

Universidade do Estado da Bahia - UNEB - Paulo Afonso (BA) - Brasil

**Elionara Teixeira Boa Sorte (Lattes)**

Universidade do Estado da Bahia - UNEB - Paulo Afonso (BA) - Brasil

**Pablo Luiz Santos Couto (Lattes)**

Centro Universitário de Guanambi - UNIFG - Guanambi (BA) - Brasil

**Nanci Maria de França (Lattes)**

Universidade Católica de Brasília - UCB - Brasília (DF) - Brasil

**Antônio Marcos Tosoli Gomes (Lattes)**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar o conhecimento popular quilombola acerca das práticas de cuidado desenvolvidas no pré-natal, no parto e no puerpério sob a ótica de parteiras e mulheres quilombolas. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo realizado em uma comunidade tradicional de remanescentes quilombolas do Sertão Produtivo do estado da Bahia, localizado no interior do Nordeste Brasileiro, com 12 mulheres, sendo duas parteiras e dez mulheres que vivenciaram o parto assistidas por uma das duas parteiras da comunidade, aplicando-se um roteiro de entrevista semiestruturada em fevereiro de 2014. Os dados foram analisados com o auxílio da Antropologia Interpretativa. A análise explicitou três categorias: práticas de cuidado cultural no pré-natal, práticas de cuidado cultural no parto e práticas de cuidado cultural no pós-parto. **Resultados:** Na primeira e segunda categorias, evidenciou-se, tanto pelas mulheres que vivenciaram o parto quanto para as parteiras, que são utilizadas manobras manuais para estimular as contrações das gestantes e para ajudar no posicionamento adequado do feto para evitar complicações. Na terceira categoria, as entrevistadas relataram o estímulo aos banhos de acentos com plantas e ervas, além do uso de chás naturais para evitar infecções e hemorragias puerperais, como conduta das parteiras. **Conclusão:** Conclui-se que as práticas culturais (manobras no parto, chás, orações às divindades naturais, banhos de assento com ervas e folhas) evidenciadas pelas participantes do estudo, transmitidas de geração a geração, são importantes para a saúde das mulheres quilombolas que vivenciam o ciclo gravídico puerperal e devem ser valorizadas pela equipe de profissionais da saúde.

**Descritores:** Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Saúde da Mulher; Cuidado Pré-Natal; Parto; Período Pós-Parto.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the Quilombola popular knowledge about the care practices adopted at prenatal, childbirth and postpartum from the perspective of Quilombola midwives and women. **Methods:** This is a qualitative study carried out in a traditional community of Quilombola remnants in the Sertão Produtivo of the State of Bahia, located in the countryside of Northeastern Brazil, with 12 women – two midwives and ten women whose childbirth was assisted by one of the two midwives of the community – using a semi-structured interview questionnaire in February 2014. Data were analyzed with the aid of Interpretive Anthropology. The



analysis yielded three categories: cultural care practices at prenatal, cultural care practices at childbirth, and cultural care practices at postpartum. **Results:** The first and second categories revealed that both postpartum women and midwives used manual maneuvers to stimulate contractions in pregnant women and to help in the proper positioning of the fetus to avoid complications. In the third category, the interviewees reported that midwives encouraged sitz baths with plants and herbs and the use of natural teas to avoid infections and postpartum hemorrhages. **Conclusion:** The cultural practices (maneuvers during delivery, teas, prayers to nature deities, sitz baths with herbs and leaves) reported by the study participants, which are passed from generation to generation, are important for the health of quilombola women who experience the pregnancy and postpartum cycle and should be valued by the team of health professionals.

**Descriptors:** African Continental Ancestry Group; Women's Health; Prenatal; Parturition; Puerperium.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el conocimiento popular quilombola acerca de las prácticas de cuidado desarrolladas en el prenatal, en el parto y el puerperio bajo la óptica de comadronas y mujeres quilombolas. **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo realizado en una comunidad tradicional de remanentes quilombolas del Agreste Productivo del estado de Bahía localizado en el interior del Noreste Brasileño con 12 mujeres, dos comadronas y diez mujeres que tuvieron el parto asistidas por una de las dos comadronas de la comunidad, aplicándose un guion de entrevista semiestructurada en febrero de 2014. Se analizaron los datos con el auxilio de la Antropología Interpretativa. El análisis ha explicitado tres categorías: prácticas de cuidado cultural en el prenatal, prácticas de cuidado cultural en el parto y prácticas de cuidado cultural en el posparto. **Resultados:** Se ha evidenciado en la primera y segunda categorías por las mujeres que han vivido el parto y por las comadronas, que se utilizan maniobras manuales para estimular las contracciones de las embarazadas y para ayudar en el posicionamiento adecuado del feto para evitar las complicaciones. En la tercera categoría las entrevistadas relataron el estímulo a los baños de asientos con plantas y hierbas además del uso de tés naturales para evitar infecciones y hemorragias del puerperio como conducta de las comadronas. **Conclusión:** Se concluye que las prácticas culturales (las maniobras del parto, los tés, las oraciones para las divinidades naturales, los baños de asiento con hierbas y hojas) evidenciadas por las participantes del estudio y transmitidas de generación en generación son importantes para la salud de las mujeres quilombolas que vivencian el ciclo gravídico puerperal y deben ser valoradas por el equipo de profesionales sanitarios.

**Descriptor:** Grupo de Ascendencia Continental Africana; Salud de la Mujer; Atención Prenatal; Parto; Periodo Posparto.

---

## INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal sempre foi associado à construção social da maternidade, ou seja, ao papel socialmente construído e atribuído às mulheres. Dessa forma, a assistência à mulher nessa fase era prestada por outras mulheres, sejam as mais velhas e experientes, sejam as chamadas parteiras, já que desenvolviam uma relação de proximidade com a parturiente por compartilharem suas próprias histórias de vida. Fundamentadas nos conhecimentos que adquiriram através das experiências passadas de geração a geração, as parteiras utilizam-se de técnicas empíricas<sup>(1)</sup>.

Solicitava-se a intervenção de curandeiros e de sacerdotes apenas nos casos de complicações, salientando-se que a atuação das parteiras é tão antiga quanto a humanidade<sup>(2,3)</sup>. Porém, com o surgimento do modelo biomédico, o cuidado popular e cultural prestado à gestante foi sendo desvalorizado à medida que a especialidade obstétrica e as tecnologias de assistência no pré-natal, parto e puerpério foram se sofisticando<sup>(2)</sup>.

A visão integral e humanizada praticada outrora pelas parteiras foi substituída pela visão do modelo biomédico-hospitalocêntrico, uma vez que a medicina desenvolveu uma prática de submissão das pessoas à hegemonia estabelecida pelo conhecimento científico, enquanto superior e válido, com o encorajamento do parto por profissionais médicos em detrimento das parteiras<sup>(2)</sup>.

O modelo hegemônico de saúde trouxe a supervalorização do conhecimento científico e a desvalorização do saber popular, especialmente de comunidades tradicionais, como as quilombolas, as quais possuem costumes e tradições peculiares, carregadas de significados culturais. A medicina moderna estabeleceu a medicalização do corpo feminino, transformando as questões inerentes à mulher, como o parto, em eventos patológicos, e introduzindo, neste último, técnicas e procedimentos cirúrgicos desnecessários e muitas vezes prejudiciais à saúde da mulher e do conceito<sup>(2)</sup>.

Entretanto, nos últimos anos, com a implantação de políticas públicas para a redução da morbimortalidade materna e infantil, tem sido retomada a integralidade e a humanização durante a gravidez, o parto e o puerpério<sup>(4)</sup>. Levando em consideração que o parto é um acontecimento fisiológico e, em sua grande maioria, ocorre sem necessidade de

intervenções, o Ministério da Saúde reconhece o trabalho das parteiras, sendo a assistência prestada às mulheres uma realidade em diversas partes do país<sup>(5)</sup>. As populações quilombolas têm ganhado reconhecimento e destaque pela manutenção da tradição sociocultural e econômica, tanto na utilização da terra para a manutenção dos seus bens materiais e imateriais quanto das práticas para a manutenção do bem-estar e da saúde<sup>(5,6)</sup>.

Estudos têm sido realizados enfatizando a importância da valorização dos hábitos culturais quilombolas e das parteiras para as práticas de cuidado em saúde praticadas pelos povos de comunidades tradicionais<sup>(2,7-9)</sup>. Destarte, o presente estudo justifica-se pela necessidade de ampliar as informações sobre as demandas de saúde nas comunidades quilombolas, especificamente da importância do conhecimento comum/tradicional/cultural das parteiras no cuidado às gestantes em todo o ciclo gravídico-puerperal. Essas informações são relevantes, pois possibilitam repensar práticas assistenciais e estratégias de promoção em saúde, especificamente para o público quilombola, sobretudo para mulheres em seu período gravídico-puerperal, com foco em uma assistência integrada entre as Unidades Básicas de Saúde localizadas nas comunidades e as parteiras fortalecendo as questões de saúde e, conseqüentemente, diminuindo iniquidades existentes no âmbito da saúde coletiva.

Nesse contexto, surgiu a questão de pesquisa: Quais as práticas de cuidado desenvolvidas no pré-natal, parto e puerpério, a partir do conhecimento popular de parteiras e de mulheres quilombolas? Para auxiliar na elucidação de tal questionamento, traçou-se como objetivo analisar o conhecimento popular quilombola acerca das práticas de cuidado desenvolvidas no pré-natal, no parto e no puerpério sob a ótica de parteiras e mulheres quilombolas.

## MÉTODOS

Trata-se de um de abordagem qualitativa<sup>(10)</sup>, desenvolvido no Povoado de Lagoinha de São Gabriel, Bahia e adjacências, localizado no Noroeste baiano, a aproximadamente 480 Km da capital do estado, situado no Território de Identidade de Irecê, no Sertão Produtivo do estado da Bahia, interior do Nordeste do Brasil. Reconhecida pela Fundação Palmares como comunidade quilombola em 13 de março de 2007, após seu autorreconhecimento, a comunidade de Lagoinha possui cerca de 800 habitantes. Destes, aproximadamente 370 são do sexo feminino. A localidade possui como atividade principal a cultura do feijão, milho e mamona, dentre outros, da qual a população retira o seu próprio sustento a depender do período e da intensidade das chuvas que caem na região<sup>(11)</sup>.

Atualmente, a comunidade dispõe de uma Unidade Básica de Saúde da Família, que possui o nome de uma parteira da localidade, a Sr.<sup>a</sup> Florentina F. de Jesus, que falecera meses antes do início da pesquisa, aos 103 anos de idade. “Mãe Fulô” ou “Mãe Lô”, como era carinhosamente chamada, realizou muitos partos (cerca de 1.400) na comunidade e adjacências quando lúcida, prestando um grande serviço à população local. Tais peculiaridades da comunidade foram informadas pelas parteiras e pela agente comunitária de saúde, que ajudou a identificar as participantes.

Participaram da pesquisa duas parteiras que moram na comunidade e dez mulheres que deram à luz a partir da década de 1980, época em que o acesso aos serviços de saúde eram precários na localidade e elas precisavam se deslocar vários quilômetros para realizar as consultas obstétricas. Ressalta-se que, nos dias atuais, a assistência à saúde está organizada em redes de atenção à saúde e as mulheres são atendidas pelo pré-natal ofertado pelo Sistema Único de Saúde, ainda que muitas delas optem por quem irá atendê-las. A identificação das participantes se deu com o auxílio de uma agente comunitária de saúde local e a escolha das mesmas aconteceu aleatoriamente<sup>(12)</sup>. O critério utilizado para eleger as parteiras foi exercer ou ter exercido o ofício de parteira na comunidade e em seu entorno; e, para as mulheres, o critério estabelecido foi terem vivenciado o parto domiciliar a partir da década de 1980.

A amostra das mulheres encerrou-se com a saturação das entrevistas, na qual as informações fornecidas pelas participantes pouco acrescentaram ao material já obtido, não contribuindo para o aperfeiçoamento da reflexão teórica<sup>(13)</sup>.

A coleta de dados ocorreu em fevereiro de 2014, tendo sido realizada através de uma entrevista semiestruturada contendo dados de identificação das entrevistadas (faixa etária das mulheres e das parteiras; para as mulheres, número de partos; para as parteiras, quantos partos realizaram; religião e cor das mulheres e das parteiras) e duas questões abertas, sendo uma para as parteiras (“Fale-me sobre seu trabalho como parteira durante o pré-natal, parto e puerpério”) e outra direcionada às mulheres (“Fale-me como a parteira exerceu o trabalho dela com você durante a gestação, parto e resguardo”).

Realizaram-se visitas domiciliares individuais às participantes da pesquisa, a fim de explicar os objetivos, apresentar o roteiro da entrevista e sanar as possíveis e eventuais dúvidas, garantindo sempre a confidencialidade das informações. Posteriormente, procedeu-se a realização das entrevistas, sua gravação e transcrição integral.

A partir das convergências quanto às intersubjetividades nos fenômenos culturais, especificamente as experiências das mulheres e das parteiras sobre a saúde e o cuidado no pré-natal, no parto e no puerpério<sup>(14-16)</sup>, os dados foram organizados, emergindo três categorias temáticas: Práticas de cuidado cultural no pré-natal; Práticas de cuidado cultural no parto; Práticas de cuidado cultural no pós-parto.

Em seguida, foram analisadas e discutidas a partir da Antropologia Interpretativa<sup>(16)</sup>, por se adequar às pesquisas qualitativas com comunidades quilombolas, pois possibilita a identificação de padrões culturais, significados comuns e ações compartilhadas entre pessoas que compõem conjuntos sociais, uma vez que nestes estão entrelaçadas as teias de significados que constituem a cultura<sup>(14-16)</sup>.

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 e recebeu parecer favorável do presidente da associação de moradores da localidade e do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia, aprovado com o Parecer nº 491.417.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de manter o sigilo e a privacidade das entrevistadas, foram utilizados codinomes de plantas (Quixabeira, Umburana, Macambira, Pitombeira, Mucunã, Cabeça-de-Frade, Jurubeba, Baraúna, Jurema e Barriguda) e de aves (Asa Branca e Seriema) nativas e/ou típicas do bioma caatinga, predominante na região. Utilizaram-se os codinomes das plantas para as mulheres que tiveram o parto domiciliar e os de aves para as parteiras.

## RESULTADOS

A partir das entrevistas foi possível levantar dados sobre a identificação das mulheres que tiveram o parto domiciliar, assim como das parteiras, os quais são descritos a seguir. Há a explanação das três categorias construídas na sequência.

### Dados de identificação das mulheres

A faixa etária das mulheres variava de 32 a 53 anos, enquanto as parteiras tinham entre 70 e 80 anos. As mulheres com faixa etária de 44 a 53 anos vivenciaram uma maior quantidade de partos quando comparadas àquelas com faixa etária compreendida entre 32 e 37 anos. Quanto à religião que professam, metade afirmou ser católica e a outra metade, evangélica. Uma das parteiras declarou que além de católica, é adepta das práticas do Candomblé.

### Práticas de Cuidado Cultural no Pré-natal

Nessa primeira categoria há falas que revelaram uma ação comum das parteiras, chamada de 'consertar a barriga':

*"É porque ela diz que está colocando o bebê para ele encaixar. Porque, no caso de ficar para um lado, ela vem e ajeita a barriga [...] Porque agora diz que, se ele tiver colado abaixo da costela, ele dá trabalho para nascer." (Pitombeira)*

*"Eu as coloco na cama. Elas deitam de barriga para cima, eu coloco na posição certa, procurando o menino, onde ele está e a posição dele [...] Aí eu vou e coloco minha mão na cintura dela e eu as balanço." (Asa Branca)*

Este parece ser um costume bastante comum na comunidade. As mulheres entrevistadas fizeram referência a essa prática. Segundo elas, desde os cinco meses de gravidez as mulheres começam a visitar a casa da parteira para que ela faça a palpação e, se preciso, "arrume a barriga".

*"Ela só chegava lá, ajeitava nossa barriga, arrumava. Às vezes, a barriga estava espalhada para trás e ela, quando estava chegando perto, dizia que na hora do parto eu iria sentir dor, mas assim que o bebê nascesse a pessoa se tranquilizava." (Jurema)*

Em relação a uma mulher que ficou com a placenta retida, quando questionada sobre as medidas que tomou (a parteira Seriema), ela disse que *"implorou a Deus, fez uma prece, fez uma massagem com um óleo preto e a placenta rompeu"*. Essa fala demonstra como a religiosidade e o uso de remédios caseiros são práticas bastante comuns na comunidade. Quando não podem intervir utilizando as práticas baseadas nas experiências do cotidiano, as parteiras recorrem às divindades, e é através da fé que conseguem obter êxito em suas orações.

Outro caso que a parteira Seriema relatou foi de uma criança que estava com o cordão umbilical enrolado no pescoço. Ela fez *"uma manobra e a criança nasceu roxa"*, ou seja, cianótica. Quando ela percebeu que *"a criança não chorou e nem respirou, sugou o nariz da mesma com sua própria boca, retirando restos de partos"* que obstruía as vias aéreas, salvando a vida da menina.

Outra questão que chamou atenção foi a ocasião na qual a parteira Seriema também refere que foi chamada para atender uma parturiente e, ao chegar e fazer a palpação, a criança estava “*sentada*” (em apresentação pélvica). Segundo ela, introduziu a mão no canal de parto e fez uma manobra e a criança mudou de posição (da apresentação pélvica para a cefálica), realizando o parto.

### Práticas de cuidado cultural no parto

Nesta segunda categoria, que versa sobre práticas de cuidado cultural no parto, chamou atenção a fala sobre a orientação do controle da respiração. Segundo relatos:

*“Ela [a parteira] orientava para não prendermos muito o fôlego.” (Quixabeira)*

*“Ela [a parteira] dizia assim, para a gente não puxar o ar para cima, que a criança senta.” (Macambira)*

*“Só da respiração que ela [a parteira] diz que não pode puxar para cima. Tem que respirar fundo. E ir soltando devagar para o bebê não subir.” (Pitombeira)*

Ao prestar esse cuidado, as parteiras tranquilizam as gestantes, promovem o alívio de incômodos devido ao mau posicionamento do feto e fortalecem o vínculo que elas possuem através do toque, desenvolvendo uma relação de confiança, que contribui significativamente para um parto mais humanizado.

No que se refere ao parto, foi perceptível nas falas diversas práticas sendo desenvolvidas pelas parteiras no dia a dia, ainda que não possuam formação acadêmica. Estas são transmitidas de geração a geração e a experiência das mais velhas é fundamental para que a prática do partejar seja aprendida pelas mais novas.

*“Aí comecei pegando menino [...] Sempre Mãe Lô também me chamava e eu assistia e ajudava ela.” (Asa Branca)*

*“Ela, Mãe Lô, já tinha me ensinado o tanto de cortar o umbiguinho assim [...] Eu era acostumada a estar com ela. Eu ajudava ela. Aí ela disse: “Ó, minha filha, agora eu vou pegar e você é quem vai limpar [...], que vai apertar e cortar o umbiguinho, para você ser “mãe”.” (Seriema)*

Dos partos que realizaram, as parteiras entrevistadas afirmaram que “*nunca perderam*” nenhuma mãe ou criança, embora já tenham encontrado algumas complicações. Segundo elas, nesses casos, recorrem ao auxílio divino e ao uso de remédios caseiros, como chás, óleo preto, banha de galinha e sebo de carneiro, dentre outros.

Asa Branca relata um caso em que uma parturiente “*(...) teve a criança e não despachou*”, ou seja, não houve a decantação da placenta e a mulher ficou sofrendo em cima da cama, gemendo de dor. Segundo ela, o problema se resolveu após a realização de orações e de massagens no abdômen da parturiente.

Uma das entrevistadas mencionou alguns remédios caseiros, como ovo quente, chá de pimenta e banhos de assento, os quais eram feitos e oferecidos pelas parteiras com o objetivo de aumentar as contrações uterinas e de facilitar a passagem da criança através do canal de parto.

*“[...] elas mandavam a gente tomar chá de pimenta, beber ovo quente para chegarem as dores [...] Aí a parteira mandou fazer um banho, mas eu nem sei mais o que era esse banho que ela mandou.” (Jurubeba)*

Asa Branca refere ainda que, quando ela observa que precisa levar a mulher para o hospital, ela não deixa ingerirem nenhum tipo de alimento. Porém, após essa afirmação, ela diz que:

*“Quando tiver incomodada, eu não deixo comer nada. Só um leite, um pouco de leite ou, assim, um chazinho sem um docinho, um chá de remédio, chá de coentro, chá de cominho, da pimenta do reino. Uma enfermeira também me disse que pode dar também a galinha de granja quando sentirem dor. Com as dores aumentadas pode dar um caldinho de granja.” (Asa Branca)*

### Práticas de cuidado cultural no pós-parto

A última categoria aponta que após o parto, geralmente, a parteira passa alguns dias acompanhando a puérpera e o recém-nascido, observando possíveis intercorrências e realizando alguns cuidados, como preparo de banho de plantas medicinais para a mulher e banho na criança, com atenção especial para o coto umbilical. Sobre isso, Asa Branca diz:

*“[...] No outro dia, se for aqui perto, eu vou ou vêm me buscar. O primeiro banho eu darei. Chego lá, dou banho no neném, e se a mãe não puder, eu dou (banho) na mãe.” (Asa Branca)*

As plantas medicinais utilizadas para os banhos de assento que mais apareceram nas falas das entrevistadas foram aroeira, quixabeira, umbuzeiro e umburana, plantas que fazem parte da flora da região e, de acordo com o conhecimento popular, funcionam como agente anti-inflamatório. O banho é preparado a partir do cozimento das folhas e/ou das cascas do caule, e depois de frio é usado para a higienização da genitália externa. Seriema relata que:

*“[...] Nós dávamos o banho com casca de aroeira, de folha de umbuzeiro, de imburana e de uma casca de pau de colher. Nós que dávamos os banhos e a mulher ficava usando o resguardo todo, e aí ninguém ia ao médico. Acho que, com esses banhos, as carnes se fechavam. Ali não tinha infecção, não tinha mais nada. Aqui os banhos e os remédios que usavam para as mulheres paridas eram esses [...]” (Seriema)*

As orientações dadas pelas parteiras no pós-parto são no sentido de não forçar a região pélvica, evitando possíveis hemorragias. Para isso, na atualidade, recomendam que as mulheres evitem pegar peso e soprar fogo, ao passo que, na década de 1980 e início dos anos 1990 do século passado, segundo elas, a recomendação que davam era tomar banho apenas 15 dias após o parto e a lavar a cabeça apenas depois de 30 dias.

*“[...] A parteira não deixa a gente pegar no pesado nem soprar o fogo pra acender e, antigamente, não deixava a gente lavar a cabeça... Era só com 15 ou 30 dias, ou até mais.” (Macambira).*

Com o passar do tempo, essas orientações foram modificadas e, atualmente, de acordo Asa Branca, as puérperas devem agir conforme o “resguardo” do primeiro filho. Segundo ela, se a mulher já tem costume de tomar banho ou lavar a cabeça desde o primeiro dia após o primeiro parto, elas podem assim fazer nos demais partos que tiverem, não há nenhum problema:

*“[...] Antigamente, não era assim, não. Só lavava a cabeça com trinta dias. Mas hoje o primeiro eu dou, mas depois é tomado no banheiro, conforme o costume.” (Asa Branca)*

Com relação aos cuidados com o coto umbilical do recém-nascido, parece ter havido muitas mudanças da década de 1980 até os dias atuais. As mulheres que tiveram filhos nesse primeiro período afirmaram que a recomendação, não só das parteiras, mas também das pessoas mais velhas da comunidade, era não deixar molhar na hora do banho, depois colocar azeite doce, banha de galinha, mertiolate, talco, álcool iodado ou casca de umburana no local.

Todas elas fizeram referência ao uso de uma faixa, que podia ser de atadura, tecido e/ou fralda de tecido, que era envolta em todo o abdômen do recém-nascido, fazendo uma leve compressão. De acordo com elas, a mesma era utilizada para evitar que as moscas pousassem sobre o coto, para acelerar o processo de mumificação e também para proteger o recém-nascido na hora do banho, uma vez que, segundo todas as mulheres, as parteiras sempre orientavam não molhar o local. Apesar de ser uma prática mais antiga na comunidade, Barriguda diz que:

*“Até sarro de cachimbo, você acredita? Sarro de cachimbo se colocava para curar o umbigo da criança. E uma faixa pra não molhar e mosca não sentar. Quando fuma, assim, não sai aqueles resíduos do cachimbo e do cigarro, aquele pozinho? Pois ali colocava no umbigo da criança para sarar. Era triste, viu? Pensa.” (Barriguda)*

A parteira Asa Branca afirma que, atualmente, o cuidado que ela realiza e/ou orienta com relação ao coto umbilical do recém-nascido é:

*“[...] Amarro com cordão. O cordão eu preparo limpinho e boto água quente, boto álcool e passo ferro, e guardo pra hora que eu precisar [...] dá o banho no bebê. Agora, não deixa a água cair dentro antes de sarar, porque apodrece. Ai tem aquelas gazes, não é? Às vezes já está preparada, eu ensino elas como que se faz.” (Asa Branca)*

## DISCUSSÃO

Em relação aos dados de identificação das participantes do estudo, apesar de ser uma comunidade quilombola, apenas três delas se consideraram negras. As demais se autodeclararam pardas. É possível que esse dado demonstre a presença do preconceito e da discriminação arraigados na cultura que as circunda, do processo de desvalorização do negro, e dos seus hábitos e tradições culturais, além da sua negação enquanto sujeito e ator importante na construção do país<sup>(6)</sup>. Ao todo, as mulheres passaram por um total de 42 partos. Destes, 23 domiciliares, 18 hospitalares e um em uma casa de parto. A parteira Asa Branca realizou 86 partos e Seriema, 20. Ambas foram participantes no presente estudo.

Em relação à questão da mulher grávida começar a visitar a casa da parteira para que ela faça a palpação abdominal e, se preciso, “*arrume a barriga*”, apesar da prática ser corriqueira, o Ministério da Saúde recomenda que qualquer massagem ou exame na barriga da mulher grávida seja realizado com delicadeza e cuidado<sup>(17)</sup>.

A manobra realizada pela parteira quando o bebê teve apresentação pélvica, colocando-o na posição cefálica, manobra chamada de versão interna, tem um alto grau de dificuldade na realização, exige do tocólogo precisão e destreza. No caso da criança que nasceu com o cordão umbilical envolto em seu pescoço e a parteira fez uma manobra e resolveu, ressalta-se que, como as parteiras não dispõem de nenhum instrumento adequado para realizar a aspiração, elas a fazem de maneira intuitiva e instintiva<sup>(17)</sup>, utilizando a boca para aspirar secreções ou ventilar caso necessário<sup>(18)</sup>. Os cuidados realizados ao recém-nascido nas primeiras horas de vida são cruciais para a prevenção de lesões hipóxico-isquêmicas. Nesse sentido, apesar da literatura não recomendar a prática rotineira da aspiração de vias aéreas, ela pode contribuir para evitar que aconteçam complicações relacionados à falta de oxigênio<sup>(8)</sup>.

De um modo geral, como ressaltado nas três categorias, no cuidado cultural no pré-natal, no parto e no puerpério, há referência a rituais com orações, ao uso de chás e banho com ervas, o que é corroborado em estudo desenvolvido com parteiras da Colômbia, na cidade de Barrancabermeja, no vale do Rio Cimitarra. Neste estudo foi evidenciado que o saber dessas parteiras ocorre desde o preparo da gestante até o puerpério, com a utilização de práticas de cuidados pautadas nas crenças e costumes culturais, com uso dos recursos naturais e da invocação divina<sup>(19)</sup>.

Sobre essas questões convém ressaltar que o Ministério da Saúde, reconhecendo e valorizando o trabalho das parteiras tradicionais, com sua sabedoria capaz de perceber o caráter familiar e íntimo do nascimento nas diferentes regiões brasileiras, elaborou o Livro da Parteira Tradicional<sup>(17)</sup> e programou treinamentos para as parteiras, incluindo espaço para complementação com seus saberes. Ele tem, dessa forma, incentivado que as parteiras tradicionais sejam, cada vez mais, acolhidas e valorizadas pelo Sistema Único de Saúde, de forma integralizada nas Unidades Básicas de Saúde, com o apoio dos profissionais de saúde para, assim, exercerem seu ministério de defender a vida e promover a saúde de mulheres e bebês.

Contudo, reflete-se que esses procedimentos podem ocorrer até o momento em que nenhum agravo sucede a essas mulheres. O Ministério da Saúde adverte, através do Livro da Parteira Tradicional, que caso qualquer intercorrência surja durante esse período, a mulher deve ser encaminhada imediatamente ao hospital, a fim de evitar agravos à sua saúde ou à saúde do bebê<sup>(17)</sup>.

Entretanto, é imperativo ressaltar que, mesmo com o incentivo às parteiras e o treinamento ofertado para elas, as falas das entrevistadas na atual pesquisa mostraram que ainda há ações baseadas no empirismo e que podem pôr em risco a saúde das mulheres e dos bebês. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de que haja uma maior integração entre as parteiras e a Estratégia de Saúde da Família, bem como com os agentes comunitários de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento da mulher e da criança na comunidade, devendo garantir, inclusive, visitas domiciliares e ver como está se processando o atendimento do pré-natal ao puerpério dessas mulheres.

Percebe-se, portanto, a dificuldade em adentrar o sistema de cuidado cultural das parteiras, em que não há relações nem características com a sociedade moderna, onde estão inseridos os hospitais<sup>(13,14,19,20)</sup>. A valorização do trabalho delas está na confiança da mulher em suas técnicas, além da satisfação e da garantia de que o recém-nascido nascerá sem agravo decorrente desse cuidado.

Na perspectiva da Antropologia Interpretativa e da Saúde, o ritual é diferenciado das outras normas apresentadas pelas pessoas nas comunidades tradicionais, principalmente das morais, sendo explicada pela natureza de seus elementos<sup>(14,20,21)</sup>. É na esfera do sagrado que o ritual está estruturado, pois tem o objetivo de delimitar as fronteiras entre o sagrado e o profano, organizar as regras de comportamento na presença do sagrado<sup>(14,15,20,21)</sup>.

Em um estudo qualitativo fundamentado na Antropologia e realizado com a Associação de Parteiras Tradicionais do Maranhão, percebeu-se, no relacionamento entre mulheres e parteiras, que elas se organizam em redes de pequenas comunidades, em que não há moeda de troca como o dinheiro, mas o respeito aos códigos tradicionais e culturais locais. A parturiente assume uma dívida de gratidão pelo relacionamento estabelecido, que não precisa de papel para garantir o pagamento, mas a certeza de que haverá uma ajuda recíproca<sup>(2)</sup>.

Assim, o conhecimento das parteiras das vivências cotidianas, da utilização de rituais e do uso de recursos naturais, como chás e banhos, dentro de um contexto religioso, tradicionalmente desenvolvido em anos de prática, é transmitido oralmente às sucessoras, e tanto elas como essas mulheres quilombolas têm resistido à hegemonia do conhecimento tecnicista, farmacológico e industrial aprendido nas universidades<sup>(17,22)</sup>.

As falas das participantes, tanto do presente estudo quanto do que fora realizado na Colômbia, evidenciaram que as parteiras, no momento que antecede o parto, realizam manobras para detectar a dilatação da mulher, a posição do feto, as contrações uterinas e os movimentos fetais<sup>(19)</sup>. Sem utilizar do conhecimento científico, mas a partir das

vivências no partejamento, as parteiras realizam a manobra obstétrica denominada de *Leopold-Zweifel*, que tem o objetivo de verificar, externamente, através da palpação, a presença do feto, assim como sua apresentação (cefálica ou pélvica) e sua situação ou posição (longitudinal ou transversa) na cavidade uterina<sup>(18,23)</sup>.

A transmissão do conhecimento através da oralidade é explicada devido à maioria das parteiras possuírem origem de estratos sociais inferiores, sem acesso a uma formação mínima, como a alfabetização<sup>(5,17)</sup>. Dois estudos ressaltaram a dificuldade de se encontrar registros sistemáticos de sua atuação e do saber construído por elas, gerando uma lacuna na história que fora preenchido com as denúncias e opiniões desfavoráveis da Medicina sobre sua atuação no atendimento ao parto e ao nascimento<sup>(1,24)</sup>. As denúncias médicas mencionadas não faziam menção à falta de conhecimentos relativa às manobras do parto, mas às condições de higiene em que era realizado<sup>(25,26)</sup>.

O Decreto 94.406, de 08 de julho de 1987, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, incluiu as parteiras no *rol* dos profissionais de Enfermagem. No entanto, ao caracterizá-las, a lei reconhece apenas aquelas diplomadas ou portadoras de certificados expedidos por escola ou curso, excluindo, portanto, as parteiras tradicionais<sup>(3)</sup>. Esses fatos evidenciam a tentativa de incutir, nas parteiras tradicionais, as práticas baseadas no conhecimento da Medicina moderna, que doravante passa a exercer sua hegemonia e o controle do parto, causando o que os antropólogos chamam de violência cultural e aculturação.

A transferência do parto domiciliar para o hospital, por exemplo, também significou uma mudança na posição de parir. Das posições verticais (de cócoras, estribos, de modo a garantir uma boa posição para a observação e intervenção médica, evidenciando o controle que a Medicina obstétrica tem exercido sobre a mulher agachadas ou sentadas), a mulher passou a parir deitada, na cama metálica, com as pernas apoiadas na hora do parto<sup>(2,4)</sup>.

O poder subjetivo exercido pelos profissionais de saúde, que é expresso na forma de se comunicar com as pessoas oriundas das comunidades tradicionais, em detrimento da superioridade do conhecimento científico sobre o conhecimento popular/cultural, faz com que haja preconceitos, estigmas e marginalização com as práticas culturais quilombolas<sup>(26,27)</sup>.

Isto evidencia o controle do parto através do poder exercido pela Medicina sobre as parturientes. O poder é uma maneira de controlar a ação de outrem sob os seus cuidados e o seu exercício se dá por meio das inter-relações estabelecida entre as partes. Portanto, para que essa relação de poder aconteça, é indispensável que o sujeito sobre cuja ação o poder se exerce seja reconhecido como um sujeito de ação, e que, desta forma, diante da relação de poder haja sempre um campo de possibilidades para ações, respostas, reações, efeitos e invenções. Nesse sentido, a violência implica a própria anulação das possibilidades de ação do sujeito, à medida que a força, a coação ou mesmo a destruição são utilizadas como formas de ação<sup>(26,27)</sup>.

Um estudo que refletiu acerca do preconceito dos enfermeiros sobre o conhecimento cultural em saúde de indígenas australianos apontou que os profissionais de saúde devem romper com estigmas e preconceitos, e agir com segurança cultural ao entrar em contato com comunidades tradicionais, para que possam compreender a legitimidades desses povos, suas singularidades e o seu lugar no mundo<sup>(26)</sup>. Da mesma forma, profissionais de saúde devem compreender o que é produzido dentro das comunidades quilombolas enquanto prática de cuidado cultural à saúde e de prevenção aos agravos no processo saúde-doença.

Portanto, dentro desse sistema cultural de cuidado desenvolvido pelas parteiras e interpretado pela Antropologia da Saúde a partir da apropriação do objeto que lhe diz respeito ao longo de suas vidas, há a evidência dos componentes relacionados com a saúde das sociedades tradicionais<sup>(14,15,21)</sup>, “os quais correspondem aos padrões de crença sobre as causas das doenças, às normas que regem a escolha e a avaliação do tratamento, aos papéis socialmente legitimados aos indivíduos, às relações de poder, às configurações de interação e às instituições”<sup>(15)</sup>.

Diante do que foi discutido, o impacto desse estudo se traduz em distinguir o papel das parteiras para a Promoção da Saúde ao serem escolha de assistência das mulheres quilombolas durante o pré-natal, o parto e o puerpério, tendo em vista que o conhecimento dessas parteiras, integrado com os serviços de saúde e com supervisão, poderão contribuir para a redução da mortalidade materna da população quilombola.

Ainda, no âmbito da promoção à saúde da população negra e de comunidades tradicionais, as práticas de cuidado cultural desenvolvidas por parteiras quilombolas durante o ciclo gravídico-puerperal possibilitam a reflexão de que o estímulo às práticas de cuidado alternativos são importantes para a manutenção de costumes organizados socialmente e de tecnologia leves, desenvolvidas ao longo da construção histórica das comunidades culturais.

Este estudo tem suas limitações no número de participantes, por se tratar de um estudo de caso qualitativo, com foco em apenas uma localidade, o que impossibilitou a captação dos múltiplos olhares. Além disso, ressalta-se que há poucos estudos que revelam a importância do conhecimento popular/tradicional das parteiras quilombolas para a saúde das mulheres terem sido publicados, sobretudo para os eventos que envolvem o pré-natal, o parto



e o puerpério. Entretanto, a abordagem qualitativa associada à análise antropológica interpretativa possibilitou aprofundar as questões culturais nos relatos das participantes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que este estudo identificou temas que reforçam que a utilização de práticas culturais (manobras no parto, chás, orações às divindades naturais e banhos de assento com ervas e folhas), obtidas com o conhecimento tradicional das parteiras quilombolas e transmitidos de geração a geração, são importantes para a saúde e a evolução das gestações de mulheres quilombolas que vivenciam o ciclo gravídico puerperal e encontram nelas uma assistência e um cuidado alternativo ao implementado pelo modelo médico-hospitalocêntrico.

Portanto, foi possível perceber com a análise dos resultados oriundos das experiências das parteiras e das mulheres quilombolas que o conhecimento comum advindo das experiências e vivências cotidianas das parteiras promove um cuidado cultural às gestantes, parturientes e puérperas.

Como as parteiras têm contribuído para a humanização do parto e nascimento e diminuição da mortalidade infantil, sugere-se esforços por parte dos gestores e profissionais para que elas estejam cada vez mais integradas ao Sistema Único de Saúde, de modo que os serviços de saúde sejam receptivos e que respeitem os seus saberes, crenças, culturas, dando-lhes oportunidade para qualificação, em prol da segurança das mulheres quilombolas.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse no presente estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Pimenta DG, Azevedo CM, Andrade TLB, Silva CSO, Gomes LMX. El parto realizado por matronas: una revisión integradora. *Enferm Glob* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Set 14];12(30):482-93. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000200023&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200023&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)
2. Pereira MS. Associação das Parteiras Tradicionais do Maranhão: relato da assistência ao parto. *Saúde Soc (Online)* 2016 [acesso em 2017 Set 14];25(3):589-601. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162542>
3. Gusman CR, Viana APAL, Miranda MAB, Pedrosa MV, Villela WV. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Set 14];37(4-5):365-70. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a26.pdf>
4. Pedraza DF. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina Grande, Paraíba. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Set 14];24(4):460-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600040092>
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 [acesso em 2017 Set 14]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf)
6. Ávila JVC, Mello AS, Beretta ME, Trevisan R, Fiaschi P, Hanazaki N. Agrobiodiversity and in situ conservation in quilombola home gardens with different intensities of urbanization. *Acta Bot Bras* [Internet]. 2017 [acesso em 2017 Dez 12];31(1):1-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-33062016abb0299>.
7. Viegas DP, Varga IVD. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. *Saúde Soc (Online)*. 2016 [acesso em 2017 Dez 12];25(3):619-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162577>
8. Fernandes MC, Rudek M, Solto AS. Recém-nascidos banhados em líquido amniótico meconial: atendimento em sala de parto e ocorrência de síndrome da aspiração meconial. *Rev Arq Catarin Med* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Set 14];44(4):48-56. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/47>
9. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Set 14];21(1):179-89. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20472014>

10. Minayo MC. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2012.
11. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997 [acesso em 2016 Nov 21]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cd09_16.pdf)
12. Richardson RJ, organizador. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.
13. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimento para constatar saturação dos resultados. Cad Saúde Pública. 2011;27(2):389-94.
14. Geertz C. Thick description: toward an interpretive theory of culture. In: Geertz C. The interpretation of cultures. New York: Basic Books, 1973. p.03-32.
15. Van der Sand ICP, Monticelli M, Ressel LB, Bretas ACP, Schirmer J. Antropologia da saúde: contribuições teóricas para a interpretação do processo do nascimento. Rev Enferm UFPE Online. 2014 [acesso em 2016 Nov 21];8(8):2896-906. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i8a9999p2896-2906-2014>
16. Santos ME. Um "entendimento do entendimento": olhar sobre o saber local. Espaço Currículo [Internet]. 2014 [acesso em 2016 Nov 21];7(2):350-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15687/rec.2014.v7n2.350355>
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Livro da parteira tradicional [Internet]. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2016 Nov 21]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/livro\\_parteira\\_tradicional.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/livro_parteira_tradicional.pdf)
18. Rezende FM. Obstetrícia fundamental. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
19. Vásquez CL, Ruiz de Cárdenas CH. El saber de la partera tradicional del valle del río Cimitarra: cuidando la vida. Av Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 2016 Nov 21];27(2):113-26. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12973>
20. Durkheim E. As formas elementares da vida religiosa. Pereira J Neto, tradutor. São Paulo: Paulinas; 1989.
21. Lévi-Strauss C. Antropologia estrutural. Pandolfo MCC, tradutora. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1996.
22. Silva TSS, Bomfim CA, Leite TCR, Moura CS, Belo NO, Tomazi L. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. Cad Saúde Coletiva (Online). 2016 [acesso em 2017 Set 14];24(3):376-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600030068>.
23. Nishikawa M, Sakakibara H. Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of Leopold's maneuvers on maternal-fetal attachment. Reprod Health [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Set 14];10:12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23421578>
24. Nascimento KC, Santos EKA, Erdmann AL, Nascimento HJ Júnior, Carvalho JN. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. Rev Esc Anna Nery Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 2016 Nov 21];13(2):319-27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200012>
25. Menezes PFA, Portella SDC, Bispo TCF. A situação do parto domiciliar no Brasil. Rev Enferm Contemporânea [Internet]. 2012 [acesso em 2016 Nov 21];1(1):3-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v1i1.38>
26. Mantler T, Wolf B. A rural shelter in Ontario adapting to address the changing needs of women who have experienced intimate partner violence: a qualitative case study. Rural Remote Health [Internet]. 2017 [acesso em 2017 Dez 12];17(1):3987. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28298129>
27. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade e poder em maternidades. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [acesso em 2016 Nov 21];29(11):2287-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>

**Endereço do primeiro autor:**

Joenilton Oliveira Bonfim  
Universidade Federal do Vale do São Francisco  
Av. José de Sá Maniçoba, S/N  
Bairro: Centro  
CEP: 56304-917 - Petrolina - PE - Brasil  
E-mail: joenilton@gmail.com

**Endereço para correspondência:**

Pablo Luiz Santos Couto  
Faculdade Guanambi  
Avenida Pedro Felipe Duarte, 4911  
Bairro: São Sebastião  
CEP: 46430-000 - Guanambi - BA - Brasil  
E-mail: pabloluizsc@hotmail.com