

# Parteiras e médicos: paradigmas existenciais opostos<sup>1</sup>

## Midwives and doctors: opposing existent paradigms

Janaína de Alencar Ribeiro<sup>II</sup>

### Resumo

Parteiras e médicos são guiados por paradigmas existenciais contrapostos, que em seu limite, poderiam ser complementares: as primeiras guiando-se pelo conhecimento integral da mulher e os últimos, pelo limite da medicina científica e tecnológica. Portanto as parteiras (não-médicos) podem garantir o espaço do parto humanizado e naturalizado, cabendo a intervenção médica somente quando houver necessidade de cirurgia. Porém, o que temos é a marginalização da prática das parteiras e uma hipermedicalização do parto feito por médicos.

**Palavras-chaves:** Parteiras; Parto; Medicina; Humanização.

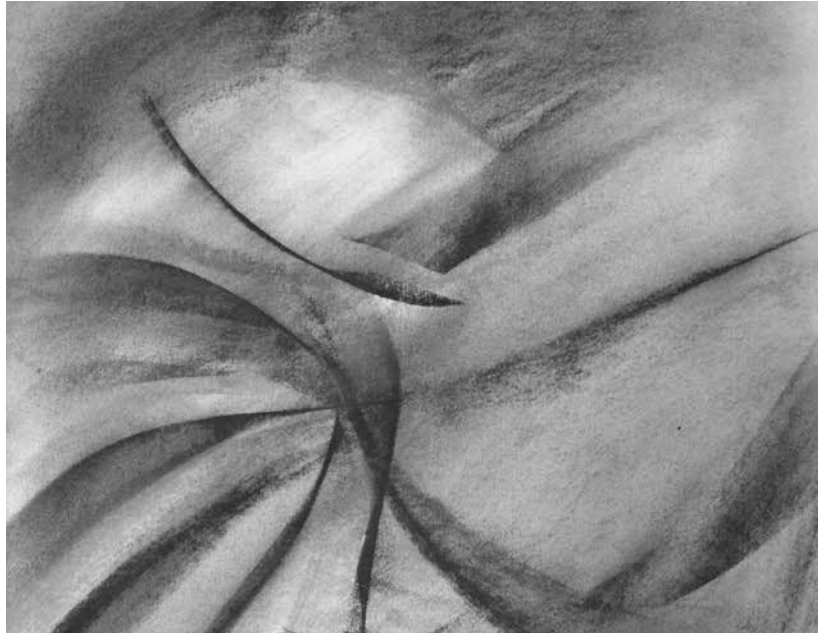
### Abstract

Midwives and doctors are guided by opposing existential paradigms, which in their limits could be complementary: the former guided by the integral knowledge of women and the latter, by the limit of scientific and technological medicine. Therefore midwives (non-medical) can better guarantee the space of humanized and naturalized delivery, leaving medical intervention only when surgery is needed. However, what we have in Brazil is the marginalization of the practice of midwives and a hypermedicalization of childbirth by doctors.

**Keywords:** Midwife; Childbirth, Medicine; Humanization.

<sup>I</sup> Artigo baseado na monografia "Retas Paralelas se Cruzam? Fragmentos e Retalhos: um ensaio sobre a prática de parteira e sustentabilidade na Amazônia"<sup>20</sup>, para obtenção do título de Bacharel em Sociologia e Política pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESP), sob orientação de Ronaldo Rômulo de Almeida e Artionka Capiberibe, a quem agradeço por terem apoiado incondicionalmente esta pesquisa.

<sup>II</sup> Janaína de Alencar Ribeiro (najavabr@yahoo.com) é Cientista Social pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESP-SP) e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidad de Buenos Aires (UBA).



### Introdução

Parteiras e médicos são guiados por paradigmas existenciais contrapostos, que em seu limite, poderiam ser complementares: as primeiras, guiando-se pelo conhecimento integral da mulher que possuem, e os últimos, pelo limite da medicina científica e tecnológica que seguem. Dessa forma, parteiras (não-médicas) têm mais tradição em garantir espaço ao parto humanizado e naturalizado, deixando a intervenção médica somente para quando há necessidade. Porém, o que temos no Brasil, é a marginalização da prática das parteiras e uma hipermedicalização do parto feito por médicos.

Movimentos de humanização do parto são impulsionados por deliberações de organismos internacionais como a II Conferência Internacional de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993<sup>25</sup>, que enfatizou que os direitos das mulheres são direitos humanos e a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada

no Cairo, em 1994<sup>26</sup>, que consagrou, após longas negociações e articulações, a concepção de saúde reprodutiva como um direito humano e a ideia de que a reprodução não pode ser tratada isoladamente, mas sim, ser abordada no contexto de políticas de desenvolvimento. No Brasil, o marco foi desta proposta, com relação ao parto foi o lançamento da Política de Humanização no Pré-natal e Nascimento, Parto, Aborto e Puerpério<sup>9</sup>, produzida pelo Ministério da Saúde em 2001, que introduziu a iniciativa mais abrangente para a humanização do atendimento à mulher parturiente e seu bebê.

Essas recomendações ou programas, porém, raramente geram a reinserção das parteiras, com exceção de algumas iniciativas, como a do Amapá, que em 1995, implementou o Programa Resgate e Valorização das Parteiras Tradicionais dentro do Programa de Desenvolvimento Sustentável (PDSA)<sup>1</sup>, visando, como afirma Barroso<sup>22</sup>, “o reconhecimento e valorização dessas mulheres,

tirando-as do anonimato e profissionalizando-as. Esse projeto enfatiza a regulamentação da prática do parto tradicional, sem modificar o estilo de fazer parto domiciliar” (p.13).

De restante, o sistema moderno de atendimento na área de Obstetrícia é composto por profissionais da medicina (médicos, obstetras, enfermeiros, cirurgiões, anestesistas, etc), que se distribuem em hospitais e unidades/postos de saúde e exercem o monopólio dessa atenção e, conseqüentemente, sobre a saúde das mulheres gestantes. Seus conhecimentos são produto da tradição europeia e ocidental da ciência moderna.

Dada a precariedade e a violência do atendimento à mulher referida por diversos autores e presente até hoje<sup>16</sup>, quando se observa como as “coisas de mulheres” são tratadas desde o surgimento da medicina ocidental, pode-se afirmar que esta vem sendo deveras agressiva, principalmente no que diz respeito ao parto.

Se analisarmos como se deu o uso indiscriminável do fórceps (também conhecido como “mão de ferro”), verificamos que o uso deste aparelho está vinculado ao detrimento do trabalho das parteiras e o favorecimento do conhecimento técnico dos médicos<sup>17</sup>. Também a realização indiscriminada de cesáreas no Brasil que já alcançam índices absurdos de cerca de 80 % dos partos cirúrgicos e que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que seja realizado procedimento cirúrgico em até 15% dos partos<sup>25</sup>, apontada por muitos como “a melhor forma de parir” devido a uma suposta “segurança” do parto e “sem dor”, percebe-se até onde o mau uso da técnica pode chegar, fazendo parte dos itens que ressaltam a desumanização da assistência à gestante que, hoje, vem sendo denominada “violência obstétrica”<sup>16</sup> e que atinge principalmente mulheres das classes desfavorecidas em hospitais públicos e, até, em hospitais-escolas de treinamento de residentes.

O atual modelo de assistência ao parto é, assim, cada vez mais tecnológico e centrado no médico e a recorrentemente tentativa de reintrodução da parteira ao trabalho de parto, quando proposta, se faz no sentido de diminuir a sobrecarga do médico e não apenas visando à humanização deste evento propriamente dito.

Outro aspecto relevante que não é considerado é a liderança exercida pelas parteiras junto a sua clientela, que se mostra como elemento fundamental para dinamizar a organização das populações onde vivem quando a suas reivindicações por melhores níveis de saúde, de assistência e qualidade de vida.

### ***O parto na história ocidental: emergência “a ferro e fogo” de um saber masculino***

O histórico de mudanças quanto às técnicas do parir pode ser apresentado por dois fatores principais: o crescimento do parto feito por médicos, principalmente através de cesarianas, e, ao mesmo tempo, a crescente desumanização da assistência. Desde século XIX e até os dias de hoje, a assistência ao parto vem sendo feita a partir de uma visão centralizada na figura do médico, situação em que as parteiras (não-médicas) são consideradas charlatãs ou só têm sua atuação justificada por insuficiência de atendimento médico, como ocorre nas regiões Norte e Nordeste do país.

Na Europa, a participação masculina no parto foi pouco frequente até o século XVII<sup>18</sup>, pois obstáculos da ordem moral impediam a entrada de homens nos aposentos das parturientes. Como o ato de “dar a luz”, o parto era encarado como um evento fisiológico e manteve por séculos os homens afastados da parturição. Em algumas situações em que havia intervenções, estas aconteciam em situações específicas e dramáticas, uma vez que os médicos pouco conheciam

da fisiologia feminina e tinham habilidade apenas para a hemostasia (cessão sangramentos), por meio de suturas ou drenagens, guiados pela prática clínica de intervenção, ou temidas cirurgias, muitas vezes mutiladoras<sup>III</sup>, consideradas de prática médica masculina<sup>17</sup>. A presença do homem no parto, dessa forma, significava que algo estava indo mal e que a parteira já tinha utilizado suas técnicas e redes de apoio sem êxito. Assim, somente por ostentação, por ser utilizado por famílias abastadas do período ou em casos difíceis quando os recursos das parteiras se esgotavam, a vinda do cirurgião era requisitada.

Segundo Osava<sup>17</sup>, durante o séc. XVII acreditava-se que o feto comandava o trabalho de parto, sendo estes encarados como responsáveis pela dor da mãe. Por isso, intervenções como a embriotomia de fetos vivos ou mortos eram moralmente o sofrimento como um castigo aquele ser provocador de mal.

É interessante, também, notar os diferentes significados que o parto assume em cada sociedade. Na época de Hipócrates (460-377 a.C.), o parto era entendido como comandado pela vontade do feto, por isso faziam-se oferendas para atraí-lo para fora do útero; diferentemente, no século XVII, predominava na Europa o imaginário fortemente católico, que justificava a dor e as anomalias do parto como obra onipotente e ligada às condutas da mãe, que deveria, no mínimo, fazer jus a seus pecados<sup>17</sup>.

O cirurgião inglês Peter Chamberlen (1540-1596) foi o inventor do fórceps, instrumento usado em segredo durante quase um século. Segundo Osava<sup>17</sup>, o segredo sobre seu uso só foi possível, porque os médicos, naquela época somente apalpavam as partes íntimas, mas não a viam, portanto a assistência masculina ao parto se

dava, literalmente, por baixo dos panos. Como as mulheres não tinham conhecimento do que ocorria com seus corpos, o uso desse instrumento era feito sem nenhuma autorização.

O fórceps obstétrico, assim, substituiu a embriotomia em partos onde não havia livre expulsão rápida do bebê, trazendo mudanças radicais à assistência obstétrica. A invenção do fórceps, segundo Litoff<sup>17</sup>, foi o evento que isoladamente mais influenciou na aceitação da Obstetrícia como disciplina técnica e científica e passou a ser utilizado corriqueiramente e sem restrições, no século XVIII, tanto como o uso do ópio e da sangria para aliviar as dores do parto.

Assim, o uso do fórceps pode ser usado como símbolo da participação do homem no parto, inaugurando um período onde há hegemonia da técnica e legitimada pela ciência, em detrimento do trabalho da parteira. As próprias parteiras, mesmo não vendo com bons olhos o uso do chamavam “mão de ferro”, recorriam ao médico, quando necessário<sup>17</sup>:

“Estas colheres de ferro que interferiam no curso do nascimento, até então entregue à vontade onipotente, desafiaram a noção de parto como um ato comandado pelo destino. A luta do homem contra a natureza se materializava, introduzindo o conceito de parto como um ato comandado pela vontade humana” (p.11).

As cesáreas só eram permitidas em gestantes mortas e só passou a ser prática aceita e resgatada pela Obstetrícia científica a partir da segunda metade do século XX, e, no Brasil, em 1822, disputando a hegemonia do fórceps nas intervenções sobre o parto. Esse uso da cesariana gerou, na época, altos índices de mortalidade<sup>17</sup>.

Não muito diferente, na América do Norte, a corporação médica era formada em bases classistas: masculina, branca e de classe média, contrapondo-se em campanhas contra os charlatões e as parteiras<sup>17</sup>, num semelhante caça às

<sup>III</sup> Como a temida histerectomia, ou a embriotomia<sup>13</sup>.



bruxas medievais. Anteriormente, na Idade Média, a Santa Inquisição da Igreja Católica já havia tido as parteiras como alvos prediletos de suas caças e condenações<sup>3</sup>:

“Para os inquisidores, as bruxas parteiras praticavam crimes, matavam crianças tanto no útero da mãe quanto depois de nascer, impediam a concepção através de ervas, provocavam aborto ou quando fracassavam na tentativa do aborto ofereciam a criança ao diabo” (p.129).

Assim, também nos Estados Unidos, várias foram as tentativas visando subjugar o trabalho das parteiras aos domínios da medicina ocidental oficializada. Em 1902, foi aprovada a lei *Midwives Act*, que proibia o exercício de parteiras não registradas, além de criar um órgão regulador de suas práticas, orientando que deveriam solicitar um médico em situações anômalas. Essa lei demarcou a passagem do domínio do parto para a medicina oficial<sup>17</sup>. Até então, na América do Norte, 50 % dos partos eram realizados por mulheres de baixa renda, situação encarada pela classe médica como um desperdício de material de estudo, à precariedade e à falta de higiene, marginalizando e depreciando as mulheres parteiras.

Essa situação inaugurou campanhas nos meios de comunicação, disseminadas no início do século XX, propagandeando os benefícios da participação médica-masculina no parto, embora não tenha significado a diminuição dos altos índices de mortalidade<sup>17</sup>.

No Brasil, desde o início da colonização, são as parteiras que monopolizam a *arte de partejar* e estas eram caboclas, portuguesas e negras velhas, pertencentes aos estratos mais baixos da sociedade, como apontou Osava<sup>17</sup> (p.25).

Até o século XIX, a assistência ao parto permaneceu exclusivamente nas mãos das parteiras até o século XIX. Salvo algumas exceções, cirurgiões e barbeiros não partejavam, pois a esfera do parto constituía ritos e saberes próprios das

mulheres, com seus “odores e secreções”. Segundo Del Priore<sup>5</sup>, “estas coisas de mulheres em que se constituía dar à luz, requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interfeririam em casos de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos” (p.263). Assim, a presença masculina era encarada como desconfortável.

Havia preconceito com relação a essas mulheres, que eram acusadas de prática de infanticídio, feitiçaria e de provocar abortos<sup>5,17</sup>. Essa imagem negativa era veiculada pela literatura médica do século XIX, em oposição ao cotidiano das mulheres que a denominavam como “comadres”, demarcando sua proximidade, afetividade e carinho.

Como aponta Osava<sup>17</sup>:

*“O movimento do parto foi durante muito tempo, uma vivência exclusivamente feminina, uma intensa experiência corporal e emocional que levava as mulheres a se subjetivarem a partir desta”* (p.17).

Ainda que, até meados do século XX, as parteiras tradicionais tenham sido as grandes agentes centrais da assistência ao parto, no Brasil não foi diferente movimento de transferência do parto para o campo da medicina. Os médicos também disputaram a hegemonia sobre o parto com as parteiras. Além disso, a questão racial se mostrou crucial para a exclusão das parteiras que eram, em sua maioria, mulheres indígenas, negras, mestiças e mulatas, favorecendo a discriminação e a maledicência sobre suas práticas.

No século XX, ocorre definitivamente o fim da feminização do parto e passa a predominar o parto hospitalar. Antes o que era o espaço para a subjetividade feminina tornou-se espaço para a ação e a formação de médicos.

O discurso e a prática médica, no entanto, não conseguiram incorporar a subjetividade feminina justamente por não haver compartilhado

concretamente da cultura feminina do parto e do parir. Segundo Osava<sup>17</sup>, o de trabalho de parto para os médicos é sentido com repugnância e pela necessidade de intervenção.

Esse fator possibilitou o resgate das questões femininas e uma aliança de gênero que fizeram com que, na década de 1980 a 1990, o movimento feminista retornasse as questões sobre o parto e o aleitamento como bandeiras importantes.

### **Parto tecnológico no Brasil**

O parto por cesárea, o parto tecnológico, na sociedade moderna ocidental, ganha, assim, dimensão de segurança em detrimento do parto normal, que remete à natureza e ao instinto e transformado em sofrimento desnecessário às mulheres que a tecnologia pode agora poupar. Essa é a ideia que se prolifera. Assim, também o século XX dissemina o uso da anestesia para entorpecer a dor de parto e, também, efetivar as cesáreas.

O parto, tradicionalmente doméstico e centrado na mulher, passa a ser substituído pelo parto hospitalar e a rede de solidariedade entre as mulheres desaparece ao longo do século XX<sup>17</sup>, quando médicos homens passam a atender aos partos normais. A autora afirma que, enquanto o parto era feito fora dos hospitais, mesmo que por médicos, ainda havia a possibilidade de algum controle sobre a ação deste profissional pelos familiares e amigas, que atuavam como vigias da performance médica.

Esse evento de hospitalização e, portanto, institucionalização do parto, ocorre a partir do final do século XIX, quando a classe médica começa a explicitar as frustrações por não poder controlar os eventos do nascimento. Assim, é orientada a vinda para a maternidade, que é regrada sobre o que é ou não é permitido, inclusive no

comportamento da parturiente, provocando uma uniformização da preparação do parto e sua realização, conforme aponta Osava<sup>17</sup>:

*“No hospital, simbolicamente a mulher é despida de sua individualidade, de sua autonomia e sua sexualidade” (p.62).*

Ao estar internada institucionalmente, a mulher passa a ser banida de seus familiares, de suas roupas, de sua alimentação típica, além de ficar sujeita à intervenção sobre seu corpo, com a raspagem dos pelos pubianos, rituais de limpeza retal com uso do enemas e a introdução de soro endovenoso. Os sentimentos são banidos da relação médico-paciente e a mulher deixa de ser o sujeito do parto, para se tornar apenas mais um caso. Nesse sentido, o preço que se paga para uma suposta melhoria da qualidade do parto é a total desumanização em sua assistência e a submissão da mulher a sondas, lavagens, toques, cortes e constrangimentos, realizados independentemente de sua vontade.

Numa visão mecanicista e biomédica, o aparelho reprodutor feminino é tratado como uma máquina de nascimento, que deve “produzir” o conceito, não há toa procedimentos para que essa produção seja feita de forma acelerada são adotados, como à indução à dilatação com uso de soro de ocitocina. Assim, em metáfora, o corpo humano é tido como máquina, frente ao qual, médicos devem realizar “ajustes” como uma de “linha de montagem” na fábrica hospitalar, condicionando o nascimento ao modelo tecnológico<sup>17</sup>. Também a própria forma com a anestesia é utilizada facilita essa concepção de corpo como “máquina”, ao afastar a dimensão psicológica, implícita no medo, da fisiológica, da dor.

No Brasil as coisas não foram diferentes, os médicos adotaram e reproduziram a postura da ciência positivista, que não permite questionamentos quanto ao atendimento ao parto

medicalizado; os baixos salários estimulam o descompromisso com as pacientes e as relações mercantis com a saúde, propagando a realização inclusive de partos agendados e cesarianas<sup>17</sup>.

Segundo Arruda<sup>2</sup>, os problemas começam com a própria formação dos profissionais da área de Ginecologia e Obstetrícia, que evidenciam a visão fragmentada e não integral do ser humano:

*“O parto para eles (estudantes de medicina) identifica-se com a mulher deitada de costas, pés nos estribos, anestesia, indução, episiotomia ou cesárea (...). Não aprendem coisas importantes como massagens, apoio físico, habilidades das parteiras: acham bobagens e não tem tempo a perder. Por outro lado, aprendem a fazer intervenções mecânicas para apressar o parto, sem consciência de suas repercussões físicas e psíquicas sobre a mulher. Eles têm que praticar, e impõe manipulações “para o nosso bem” ou para o bem do bebê” (p.65).*

### A questão legal

Em pesquisa feita por Tanaka<sup>25</sup>, em uma região periférica da cidade de São Paulo, a autora apontou que a falta de acompanhamento ao pré-natal é o ponto de maior estrangulamento da assistência materna; nesse sentido, não é somente a técnica cirúrgica que faz a diferença para o bem-estar de mães e filhos recém-nascidos e, sim, o acompanhamento da gravidez, uma especialidade também dos não-médicos.

Esse acompanhamento de gestação e parto também é reivindicado por outra categoria de profissionais, as enfermeiras obstetras e a obstetrix.

O ensino formal de parteiras ocorreu, no país, de 1832 a 1925, que produziu nomes como o de Madame Durocher, primeira parteira diplomada pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, profissional que gerou muitos comentários na

época devido ao seu aspecto andrógono, conforme apontou Durocher<sup>14</sup> (p.299).

Essa profissionalização para a realização de partos foi afunilada após a proibição dos cursos de parteiras, que passou a ser feita como uma disciplina da área de Obstetrícia, desde 1931<sup>17</sup> (p.42). A Obstetrícia tem como lógica a formação de auxiliares de médicos, sendo uma especialização da Enfermagem, por isso traz as visões dessa profissão, que encara as parteiras como ignorantes, pouco higiênicas e supersticiosas<sup>17</sup> (p.22) – da mesma forma que as parteiras, com sua visão contra a institucionalização, consideram as enfermeiras obstetrixes como “servas da profissão médica”<sup>17</sup> (p.32).

Segundo<sup>6</sup> o Conselho Internacional de Enfermagem, existem quatro categorias de parteiras:

1- a parteira: pessoa formada por um curso educacional que está legalmente licenciada para a prática da obstetrícia;

2 - a enfermeira obstétrica: pessoa legalizada tanto para a prática da enfermagem, como a de obstetrícia;

3 - a auxiliadora de parto: pessoa que tem uma curta formação sob a supervisão da parteira;

4 - a parteira tradicional: pessoa que adquiriu especialidade para a realização de partos de maneira informal, pela experiência pessoal ou por outra parteira tradicional e que pode, até, receber um curto treinamento.

Apesar de sua grande quantidade, no Brasil, estimadas em 40 mil nas regiões Norte e Nordeste, segundo Ministério da Saúde em 1997, as parteiras tradicionais não desfrutam de apoio ou reconhecimento jurídico para a realização de seu ofício, sendo que os principais entraves são, segundo Owen<sup>18</sup>: a ambivalência dos governos com relação à atuação das parteiras tradicionais; a recusa deste em se comprometer completamente com o tema; a oposição de médicos, enfermeiras e parteiras profissionais a sua atuação.

Em 1991, em Ontário, no Canadá, foi legalizada a profissão da parteira com formação heterogênea, podendo ser *nurse-midwife* (enfermeiras com conhecimentos específicos de obstetrícia), ou parteiras tradicionais<sup>17</sup> (p.52). Porém, o modelo preferido pelas parteiras<sup>7</sup> é o de formação separada da Enfermagem, que representa uma rejeição ao modelo responsável pela medicalização do nascimento, do qual discordam. Preferência também evidenciada por meu trabalho de campo com as parteiras do Amapá em 2002.

Neste modelo o de exercício de parteira se dá pela autorregulação entre os pares, ou seja, estabelecido quando um conselho de parteiras para regular sua prática<sup>7</sup>. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiras, nos países europeus há esse predomínio de autorregulação no modelo de formação direto da parteira.

### Humanização do parto: Cais do Parto

No Nordeste brasileiro, há um movimento para a oficialização das parteiras, embora de forma distinta, por contar com a presença de organizações não governamentais (ONGs), de caráter feminista e que lutam pela humanização do parto e pela apropriação do corpo feminino pelas mulheres. A principal crítica que esse movimento produz é sobre a forma que a medicina oficial entende os corpos das mulheres, tal como máquinas biológicas, esquecendo as outras dimensões do ser, alienando a mulher em relação a seus ritmos e ciclos e que lhe aplica um excesso de medicalização<sup>17</sup>. Nesse ambiente, a iniciativa de promoção das parteiras surge de mulheres intelectualizadas que reelaboram sua condição feminina à luz de leituras feministas, e não das próprias parteiras; embora hoje, essa reivindicação já esteja incorporada aos desejos apresentados pelas próprias parteiras locais.

A reintrodução do não-médico no parto é uma estratégia para a humanização da experiência do

nascimento e do parto, seja essa institucionalizada ou não, seja esta realizada por não-médico, por parteira ou por enfermeira obstetra. Há projetos de lei e perspectivas para a maior participação do não-médico no parto e pela Humanização do Parto, porém essas regulações emperram em como se daria a formação desses profissionais. Principais exemplos, disso são os Projetos de Lei (PL) federais, apontados por Steck<sup>25</sup>:

- PL 7.633 de 2014 (da Câmara), do deputado Jean Wyllys: estabelece que médicos e profissionais de saúde devem dar prioridade à assistência humanizada à mulher e ao recém-nascido no ciclo da gravidez até o pós-parto. Os hospitais deverão respeitar o limite de 15% de cesáreas, recomendado pela Organização Mundial da Saúde;

- PLS 8 de 2013 (do Senado), do ex-senador Gim Argello: obriga a obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos do SUS. Já aprovado no Senado e remetido à Câmara, foi motivado pelos esforços da Rehuna, coletivo de profissionais de saúde em Rede pela Humanização do Parto e Nascimento;

- PLS 75 de 2012 (do Senado), da senadora licenciada Maria do Carmo Alves: proíbe que a gestante detenta seja algemada durante o parto;

- PEC 100 de 2015 (da Câmara), do deputado Veneziano Vital do Rêgo: disponibiliza equipe multiprofissional para atenção integral no pré-natal, parto e pós-parto, pelo SUS;

- PL 359/2015 (na Câmara), da deputada Janete Capiberibe: propõe fornecer curso de qualificação básica para as parteiras tradicionais e incluir sua atividade no âmbito do SUS.

As parteiras, mesmo sem, saber já atuam com a humanização do parto, como fica explicitado com a citação de Moulin<sup>11</sup>.



*“É um trabalho muito amoroso, em primeiro lugar, eu acho muito importante é o aconchego da família, porque no parto domiciliar lá está o marido, a mãe, a sogra, e a gente como parteira tem aquele carinho, aquele amor está do lado da gestante, está acariciando e consolando está dando aquela força, aquele apoio. E a partir do nascimento da criança a gente só tem é que ficar satisfeita, porque eu acho que é um passo que a gente deu a mais e teve aquela vitória de conseguir realizar o parto” (p.29).*

### **Medicina ocidental X Medicina popular**

A medicina ocidental é uma prática social que não é gerada dentro da cultura popular. Ela é resultado da sistematização, da codificação científica de um determinado tipo de saber, produzido nas universidades, compilado em livros, e tem possibilidade de alcance desigual pela sociedade.

Os profissionais (médicos, biólogos, enfermeiros) necessitam passar por cursos de especialização para adquirirem um conhecimento científico e técnico para o combate às doenças, por isso, são considerados como legítimos pela sociedade, uma vez que são credenciados para o exercício profissional por instituições de ensino e governamentais. O atendimento à saúde através da medicina científica se dá em espaços próprios de trabalho, em agências de cura (hospitais, clínicas, consultórios, ambulatórios).

A medicina legitimada atual tem como objetivo principal a cura ou a supressão dos sintomas, por isso, é vista como curativa, voltando-se mais para a doença ou eliminação dos sintomas e menos para a promoção da saúde e na prevenção. Como legítima, tem apoio do Estado por meio da formulação das políticas oficiais de saúde, um conjunto de leis e medidas que favorecem a manutenção e a reprodução dessa medicina.

Outra característica da medicina científica atual é sua prática muito especializada. Há especialistas para as diversas partes e órgãos que compõem o corpo (cabeça, olhos, pescoço, estômago, reprodução, etc). Por isso, ela perde a perspectiva do doente como um ser integral, com corpo, psiquismo e relações sociais<sup>13</sup>.

Os médicos agem, no geral, de forma autoritária, desapropriando seus clientes dos seus sintomas, sensações e doenças e tratando o doente como um objeto coisificado, sem potencialidade, religião ou classe social<sup>13</sup>. Mais do que isso, tratando os como “pacientes”, ou seja, seres passivos diante de suas próprias histórias, tal como seres abstratos. Tal condição é reforçada pela dificuldade de acesso ao saber especializado em nossa sociedade, que é hierarquizada, já que historicamente quanto mais a medicina se especializava, mais ela se afastava da cultura popular e mais se voltava contra ela.

A medicina científica atual pode ser analisada vulgarmente como resposta às necessidades do capital, pois exerce uma prática de recuperação, de reparação e manutenção das pessoas, enquanto seres produtivos e socialmente indispensáveis para o trabalho. Por isso, está preocupada em aliviar os sintomas do doente, o mais rápido possível, utilizando como instrumento os medicamentos e intervenções que fazem os doentes voltar à produção<sup>13</sup>. Não há praticamente preocupação e cuidado com as causas que geram as doenças e os males. Essa relação causal entre medicina e capitalismo, embora seja tão mecânica, contém aspectos simbólicos e de eficácia da ciência ocidental.

A medicina científica está também atrelada a empresas multinacionais que atuam na área da saúde, por meio da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos e cirúrgicos. Essas farmacêuticas utilizam como princípio ativo para a sua produção elementos extraídos também das

próprias ervas medicinais, base da medicina de conhecimento popular que é fortemente desvalorizada e combatida na legislação penal brasileira:

O Código Penal<sup>4</sup> define como:

*“Curandeirismo - I prescrevendo, ministrando ou aplicando habitualmente qualquer substância; II usando gestos, palavras ou qualquer outro meio; III fazendo diagnóstico. Pena: detenção de seis meses a dois anos. Parágrafo único: se o crime é praticado mediante remuneração, o agente fica também sujeito a multa” (art. 284).*

Assim, o direito e as relações sociais se dão numa correlação assimétrica entre a medicina científica e a popular. Numa sociedade medicalizada como a nossa, o trabalho popular de cura é apresentado, pela lei, como algo que deve ser banido, uma vez que desafia a medicina instituída. Perante a lei os profissionais populares de cura, são meros analfabetos, ignorantes, ilegítimos para tratar das doenças e por isso recebe críticas, como mostrou Oliveira<sup>13</sup>:

*“É legítimo a suposição de que exista uma única concepção de mundo (de soluções, de sentimentos, de sofrimento e necessidades), e esta seja ditada pela classe de onde saem os médicos?” (p.61).*

Porém, a medicina popular concretamente não desapareceu e, embora esteja marginalizada, resiste, como aponta Pereira<sup>19</sup>.

*“Os saberes subalternos se redimensionam, ora se opondo, ora se apropriando dos saberes hegemônicos produzidos pela medicina científica” (p.26).*

Pereira<sup>19</sup>, em seu doutorado sobre as práticas das parteiras na periferia de Manaus, notou uniformidade dessas práticas, independente da origem da população. Verificando que as variações são relativas apenas ao uso das matérias-primas

disponíveis no meio ambiente de cada localidade, o que, porém, não se aplica às ervas medicinais de cultivo doméstico, que são plantadas e estão onde há parteiras.

Este autor<sup>19</sup> também verificou que as mulheres preferiam ter filhos em casa e auxiliadas pelas parteiras, muito elogiadas, e que competem em vantagem com sistema oficial de saúde:

*“A especialização traduz uma divisão profundamente alienada do trabalho do médico ao atuar fragmentando o corpo doente em unidades autônomas, verdadeiras mônadas, vistas como se não guardassem interações entre si. O saber médico busca correlacionar os sinais e sintomas de doença com alterações anátomo-patologicamente detectáveis, isto é, em síntese, o que caracteriza a doença. Em nenhum momento da intervenção médica se refaz a unidade dos elementos do corpo entre si e/ou do corpo com o sujeito e nem deste com o meio social onde se inscreve. É um processo radical de negação da historicidade nas manifestações da corporalidade humana” (p.10).*

A ação da medicina popular, diferentemente da científica, interpreta a doença usando explicações totalizantes, onde essas doenças e os doentes não estão “descolados” do ambiente em que vivem e doença é algo que interfere nas relações vividas pelos sujeitos e por elas é interferida. Nesse sentido, o curanderismo caboclo (catimbó, pajelança, benzeduras, parteiras, ervateiros) é a “caixa de ferramentas” e os repertórios utilizados pelas parteiras do Norte para suas ações, no sentido, como aponta Pereira<sup>19</sup>, que:

*“As representações de doença entre as parteiras é parte essencial de uma visão de mundo, onde se inscrevem elementos mágico-religiosos, valorativos e orientados da ação junto à natureza e a sociedade” (p.15).*

E continuando, Pereira<sup>19</sup> conclui:

*“...a causalidade de doenças só pode ser adequadamente compreendida enquanto instância explicativa que se articula e se refere ao conjunto de representações que os grupos sociais elaboram para explicar a ordem biológica, social e do cosmo” (p.12).*

### Considerações e alternativas

Nesse sentido, entender as representações sociais dos sujeitos é o que possibilita analisar a passagem do mundo individual para o social. No caso da doença, essa passagem ocorre de forma integral, uma vez que é um evento particular, individual e vivenciado historicamente pelo social.

A prática dos profissionais de cura constitui-se numa expressão viva do embate entre erudito e popular, recriando o ato popular de curar que tem conteúdo heterogêneo.

Quem vem delimitando ideologicamente a medicina popular é o mundo erudito e científico, utilizando a religião erudita, a lei, a imprensa e a Medicina para decidir o que é “medicina popular”. Construindo essa definição em contraposição à medicina científica. Não são os profissionais da medicina popular que afirmam perante a sociedade o que são e o que fazem, eles apenas agem.

Infelizmente, a medicina popular ainda é vista pela maioria dos governantes e pelo Estado como algo expropriado de todos os valores legítimos. Assim sendo, atribuem que é imprópria ao conjunto da população, impondo à população uma visão de homogeneidade cultural.

Essa oposição entre medicina popular e medicina erudita/científica, na verdade, exprime confrontos políticos de culturas que ocorrem por meio de relações de poder, demonstrando quais grupos são legitimados e, portanto, “superiores”, daqueles combatidos e, portanto, “inferiores”.

Desde a década de 1970 se discute a importância da legitimidade das medicinas populares do ponto de vista da população, uma vez que se acham historicamente integradas à vida do povo. Isso fez surgir iniciativas de incorporação da medicina popular, numa medicina comunitária e com práticas alternativas de cura, em programas de assistência à saúde, mesmo aqueles ligados à medicina erudita e científica, como afirma Oliveira<sup>12</sup>:

*“Neste sentido se inscreve a recomendação da Organização Mundial de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata ex-soviética, datada de 1978, para que valorizem os seus curandeiros” (p.72).*

A “ciência” (*scientia*, em latim) popular está estruturada à base de um conhecimento popular, com leis e princípios próprios, muitas vezes transcendentais. Opõem-se à medicina erudita na compreensão do fenômeno, pela integração que faz entre doença, biografia e relações sociais. Diferentemente da ciência erudita que separa corpo e espírito e as causas das doenças da biografia da pessoa, de sua história e de seu psiquismo.

Reconsiderar a medicina popular é propor novas relações sociais, evidenciando a o respeito à diversidade cultural, seu conhecimento e contato com a natureza e, portanto, seus conhecimentos de cura. Isso implica numa revisão crítica dos valores da sociedade, incluindo a produção, o controle e a apropriação dos bens materiais e simbólicos e da relação entre seres humanos e natureza.

### Referências:

- Amapá. Decreto nº 2453 – Institui o Programa Resgate e Valorização das Parteiras Tradicionais dentro do Programa de Desenvolvimento Sustentável. Boa Vista; 14 ago. 1995.
- Arruda A. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. Quando a paciente é mulher. In: Relatório do Encontro

- Nacional da Campanha saúde da Mulher: um direito a ser conquistado. Brasília: Ministério da Saúde; 1989. p.40.
- Barroso IC. Saberes e práticas das parteiras tradicionais do Amapá – histórias e memórias. [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade de Campinas. Campinas; 2001.
- Brasil. Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. [versão com atualizações]. Brasília: Presidência da República. [acesso em: 26 set 2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del-2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del-2848compilado.htm)
- Del Priori M. Ao Sul do corpo; condição feminina e mentalidades no Brasil Colônia. São Paulo: Companhia das Letras; 1993.
- International Council of Nurses. A discussion document. The nurses and midwifery relationship: towards a position. Genebra: ICN; 1996.
- Klein MC. Relationships of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obst Gynecol.*1994; 171(3):591-598.
- Labra ME. Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. In: Coleção saúde e realidade brasileira. Editora Vozes; 1989.
- Leal OF (org.). Corpo e significado: ensaios de Antropologia Social. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1995. 470 p.
- Ministério da Saúde. Política de humanização do pré-natal e nascimento, parto, aborto e puerpério. Brasília; 2001.
- Moulin N, Jucá L (Orgs.). Parindo um novo mundo - Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá; 2002. 144p.
- Mott ML. Parto, parteiras e parturientes. Mne. Durocher e sua época. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. São Paulo; 1998.
- Oliveira ER. “O que é medicina popular?”. Coleção Primeiros Passos. Editora Brasiliense; 1985.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração e programa de ação de Viena. In Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. Viena; 14-25 de Junho de 1993.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo. Mexico: UNPA;1994.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra; 2014.
- Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico. Tese de Doutorado. São Paulo: Departamento de saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997. 129p.
- Owen M. Las parteiras tradicionales y su situación ante la ley. Genebra: Foro Mundial de la Salud, OMS. 1981; 4:333-347.
- Pereira MLG. Fazendo parto, fazendo vida: doença, reprodução e percepção de gênero na Amazônia. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Ciências Sociais, PUC; 1992.
- Riberiro JA. Retas paralelas se cruzam? fragmentos e retalhos: um ensaio sobre a prática de parteira e sustentabilidade na Amazônia. [Monografia de Bacharelado]. Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. São Paulo, 2000.
- Rodrigues NML. “Doença-da-terra” e “doença da farmácia” – Um estudo da relação entre Medicina Popular e a Medicina Oficial em Cabo Verde, uma sociedade em mudança. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1991.
- Rullan F. O desenvolvimento sustentável no Amapá. Macapá: Centro de Documentação do Terceiro mundo; 2000.
- Souza MLBMM. Parto, Parteiras e Parturientes. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1998.
- Steck JM. Congresso combate violência obstétrica. [on line]. Agência Senado; 15 mar 2016.
- Tanaka AC, Alvarenga AT. Tecnologia e medicalização na concepção e anticoncepção. In: Galvão L; Díaz J. Saúde e Reprodução no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1999. P.200-201.