



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Fleischer, Soraya

Então, minha filha, vamos se afomentar? Puxação, parteiras e reprodução em Melgaço, Pará

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 3, mayo-junio, 2008, pp. 889-989

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013311>

- ▶ How to cite
- ▶ Complete issue
- ▶ More information about this article
- ▶ Journal's homepage in redalyc.org

***Então, minha filha, vamos se afomentar?
Puxação, parteiras e reprodução em Melgaço, Pará****

***Come on my child, let's have some massage?
"Puxação", midwives and reproduction in Melgaço, Pará***

Soraya Fleischer ¹

Abstract This article presents ethnographic data, collected between 2004 and 2005, about the obstetric service offered by a group of 21 midwives in the city of Melgaço, state of Pará, Brazil. The literature has largely described the work of midwives in Brazil and in many other countries around the world. However, there is a kind of practice, which was analyzed very scarcely up to now. The objective of this article is to discuss precisely the practice called puxação, an abdominal massage performed mainly on pregnant women to alleviate indispositions, inform the position and sex of the fetus, help define the date and place of delivery, socialize women for maternity and put pregnancy into the context of the local patterns of reproduction, family, well being and health. It can be observed that these midwives offer a very suitable and appropriate pre-natal service, well adapted to the specific needs of the women of the town. Even though homebirth has been slowly giving way to hospital birth, this personalized service and practice keeps increasing

Key words Midwives, Puxação, Homebirth, Pará

* Este artigo foi preparado para apresentação no Simpósio Internacional "História dos Trabalhadores da Saúde", iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz realizada na cidade do Rio de Janeiro, entre os dias 2 e 5 de abril de 2006.

¹ Centro Feminista de Estudos e Assessoria. SCS Quadra 2, Bloco C, Edifício Goiás, Sala 602. 70317-900 Brasília DF.
soraya.fleischer@hotmail.com

Resumo Neste artigo, são apresentados dados etnográficos, coletados entre 2004 e 2005, relativos ao atendimento obstétrico oferecido por um grupo de 21 parteiras na cidade de Melgaço, estado do Pará, Brasil. A literatura já descreveu amplamente o trabalho das parteiras domiciliares no Brasil e em diversos países do mundo, mas há uma prática que foi muito pouco analisada até então. Este artigo tem como objetivo discutir mais precisamente a prática da puxação, massagem abdominal realizada sobretudo em gestantes. A puxação tem como objetivo aliviar indisposições, informar a posição e sexo do feto, a previsão da data e local do parto, socializar a mulher para a maternidade e contextualizar a gestação dentro dos padrões locais de reprodução, família, bem-estar e saúde. O que se observa é que estas parteiras oferecem um serviço pré-natal muito próprio e adequado às necessidades específicas das mulheres da cidade. Mesmo que o parto domiciliar esteja sendo paulatinamente substituído pelo parto hospitalar, este atendimento personalizado tem se ampliado.

Palavras-chave Parteiras, Puxação, Parto domiciliar, Pará

Fomentar. 1. Friccionar a pele com líquido aquecido para fins curativos; fazer compressa quente e úmida. 2. Cercar de cuidados para criar ou fazer crescer; estimular. 3. Proporcionar os meios para o desenvolvimento de algo.

Dicionário Houaiss, p. 1367

Introdução

Parteira. Essa palavra nos remete, quase sempre, há imagens longínquas e isoladas do passado. “Mas existem parteiras hoje em dia?”, “Eu pensei que só minha bisavó tinha nascido com parteira”, “A única lembrança que eu tenho de parteira é de uma que, na minha infância, morava lá no interior, na fazenda do meu avô” são os comentários mais freqüentes que recebi durante minha pesquisa de doutorado¹. Em muitas regiões do mundo e do Brasil, o cuidado com a saúde acontece fora dos âmbitos institucionais formais e passa pelas mãos de parteiras, benzedeiras, puxadores, por exemplo. Neste artigo, não venho “resgatar” a atuação de algumas parteiras parenses por que não se trata de buscá-las num passado distante. Nem desejo anunciar uma extinção inevitável. E, muito menos, pretendo avaliar a eficiência de sua atuação, já que essa tarefa só faria sentido se, por um lado, ignorássemos por completo as expectativas e definições de “saúde” para a população que valoriza e demanda os serviços das parteiras e, por outro, nos pautássemos estritamente pelos critérios fisiológicos de saúde. Não é meu papel, neste momento, empreender uma análise diacrônica nem biomédica. Aqui, desejo contribuir com alguns dados etnográficos e contextuais a fim de pluralizar as imagens que têm se cristalizado no senso comum sobre o parto domiciliar no país. Parteiras trabalham intensamente na atualidade e, pelo fato de fazerem sentido dentro de lógicas próprias de cuidado com a saúde, elas tenderão a manter um papel de destaque.

O período pré-natal é o foco de atenção de inúmeras campanhas biomédicas recentes. A tônica tem sido caracterizar essa fase por meio de “riscos”² que podem 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 pólo dessa diâade, o feto. Nesse sentido, é a gestante que deve se responsabilizar pela saúde do mesmo, comparecendo às consultas mensais, tomando as vacinas antitetânicas, alimentando-se

com cuidado, etc. É ela quem deve diminuir, ao máximo, os possíveis “riscos” gestacionais. E, ainda, especialmente nas áreas ribeirinhas e rurais, os cursos de capacitação para parteiras dedicam grande parte de sua ementa à listagem e descrição dos “sinais de risco”, isto é, circunstâncias fisiológicas específicas que podem ameaçar a vida da gestante e do feto. Das parteiras se espera que encaminhem os casos “complicados” às unidades de saúde mais próximas³.

A prevenção do “risco” para a garantia da saúde fisiológica da mãe e de seu bebê é, portanto, o principal motivo do foco sobre o pré-natal. Mas as parteiras de Melgaço, cidade marajoara onde a presente pesquisa foi sediada, oferecem nesta etapa ainda outros serviços, diferentes e, sugiro, complementares. E a **puxação**, essa massagem abdominal realizada sobretudo em gestantes, é o principal destes serviços. Andréa Whittaker realizou uma pesquisa sobre parteiras em vilas da Tailândia. Lá, ela observou que o trabalho das parteiras durante o puerpério ganha destaque justamente por que essa fase recebe pouca atenção dos médicos e hospitais⁴. Na Amazônia, contudo, a **puxação** é famosa apesar do pré-natal biomédico ser uma fase altamente estimada pelas autoridades sanitárias. Na cidade de Melgaço, de onde partem os dados da presente pesquisa, as campanhas da Secretaria Municipal de Saúde são insuficientes para driblar a grande resistência das mulheres e suas famílias em aderir ao pré-natal biomédico. Por enquanto, arrisco uma hipótese: a valorização da **puxação** indica por que os serviços oferecidos pelas parteiras durante a gravidez são tão procurados em detrimento dos serviços oficiais. E, mesmo que uma gestante atenda à consulta mensal no posto de saúde, havia uma intensa complementaridade terapêutica na cidade.

No Brasil, muito já se detalhou sobre o trabalho das parteiras⁵⁻¹¹, inclusive em termos históricos¹²⁻¹⁵. Por isso, aqui pretendo lançar o foco sobre uma parte pouco visibilizada e comentada de seu trabalho, a **puxação**. Segundo Sheila Cosminsky, que estudou as parteiras mexicanas, “poucos estudos, no entanto, dão detalhes específicos sobre as massagens”¹⁶. E, de fato, a **puxação** só foi mencionada rapidamente em alguns estudos etnográficos¹⁷⁻²⁰. Jordan²¹ e principalmente Sesia²² nos brindam com ótimos relatos e análises mais detidas da **sobada**, correspondente mesoamericana dessa massagem.

Melgaço é um município localizado na região sul do arquipélago do Marajó, no Pará. Atual-

mente, conta com cerca de 3.180 mil habitantes em sua sede urbana, isto é, cerca de 15% de sua população total²³. Esta cidadezinha está a 290 quilômetros de Belém, distância que percorremos em dezenas de horas de viagem de barco. Esta realidade é eminentemente fluvial: transporte, mercadorias, notícias, comunicação, sustento, imaginário dependem dos rios. Na sede urbana, como em várias cidades que surgiram paralelas aos rios, há uma divisão sociogeográfica bastante marcada: *as pessoas da frente e as pessoas de trás*. Caracterizo rapidamente essas duas metades que são muito mais simbólicas do que geográficas. As quatro primeiras ruas são mais valorizadas por serem próximas da orla e, assim, contam com moradores mais abastados, ruas calçadas, limpas e iluminadas, casas de alvenaria com água encanada, luz elétrica, banheiros e chuveiros. É nessa porção da cidade que se encontram também os poucos representantes da autoridade local, como a prefeitura, a câmara dos vereadores, os correios, a unidade de saúde, o posto do Programa Saúde da Família, a biblioteca e o mercado públicos, a sede da companhia de energia elétrica e duas escolas. Na parte de trás, as ruas são de areia e não têm seus canteiros capinados ou limpos, as casas são de madeira, abastecidas com água de poço e servidas de latrinas ao fundo dos quintais. Não há postes de luz ou serviços de saúde, só a visita esporádica de agentes comunitários de saúde. Uma terceira e menos prestigiada escola primária está localizada nessa parte da cidade. Aqui, a maioria da população trabalha como agricultora ou conseguiu um posto na prefeitura (a principal fonte de empregos da cidade), como merendeira, servente, motorista de caminhão, varredor de rua. As 22 parteiras da cidade tendem a assistir as mulheres de trás.

De forma muito rápida, estas parteiras nasceram em localidades interioranas e migraram nos últimos trinta anos para Melgaço em busca de melhores serviços de saúde, educação e renda, mas também por motivos pessoais (casamento, viuvez, compadrio, etc.). Em geral, são mulheres com mais de cinqüenta anos, casadas (ou viúvas) e matriarcas de muitos filhos e netos. Elas me contaram que aprenderam a *pegar menino* observando suas mães e avós, também parteiras. Mas o batismo de fogo se deu geralmente com o que chamam de *parto no susto*, quando tiveram que atender um parto inesperado de uma parenta ou vizinha ou *irmã da igreja*, enquanto a parteira “oficial” era buscada. *Aprenderam na precisão*, como me diziam. Esse ritual de iniciação provavelmente

tenha se dado há várias décadas, quando elas ainda eram adolescentes ou recém-casadas. Muitas aproveitaram para fazer os cursos de treinamento que têm sido oferecidos na cidade desde 1998. Em média, dizem ter mais de trinta partos no currículo. Este perfil geral coincide com outros estudos sobre parteiras na Amazônia⁶⁻¹¹.

Os dados que subsidiam essa pesquisa foram colhidos em duas etapas, no mês de novembro, em 2004, e entre agosto e dezembro, em 2005. Em ambas as ocasiões, tive a oportunidade de acompanhar de perto o trabalho de D. Dinorá Bernardes da Silva, uma senhora nascida em 1941. Eu vivia em sua casa e *atava* minha rede no quarto com Anita, uma de três netos que a parteira *criava*. Ela, por sua vez, dormia na sala, com Seu Bola, seu marido agricultor. Além de parteira, ela é dona de casa e também ajuda o marido a produzir farinha de mandioca, elemento central da dieta melgacense. Ela é ainda presidente da Associação de Parteiras Tradicionais da cidade, freqüenta os cultos da Assembléia de Deus, os cursos oferecidos pela prefeitura e o grupo da terceira idade.

Além de receber pacientes a qualquer hora em casa, D. Dina estava igualmente disponível para visitar as mulheres que lhe demandavam a presença e parecia ser uma das duas parteiras mais requisitadas no momento, com cerca de quatro partos mensais e *pxuações* diárias. Durante as duas temporadas em que estive em Melgaço, D. Dinorá atendeu 31 mulheres, o que significa, em números, dez partos e 59 *pxuações*. Diferente do parto, durante as *pxuações*, o diálogo era facilitado e fundamental e, por isso, permitia que a antropóloga pudesse observar, ouvir e comentar os dados que lhe chegavam.

É bom lembrar que a *pxuação* é realizada durante toda a vida das mulheres, particularmente durante o ciclo reprodutivo e, como mais freqüência, durante a gravidez. Mas não só grávidas são *pxudadas* e nem só parteiras *pxoram* as pessoas. Rezadeiras, benzedeiras, curandeiros, *pxudadores*, *desmintidores* também *pxoram* partes do corpo, como músculos, pele, ossos, ligamentos, órgãos internos, cabelo etc.²⁴.

Neste artigo, pretendo discutir a *pxuação*, essa prática largamente acionada pelas parteiras majoarás. Elegi uma paciente de D. Dinorá à época, Marilda, para explorar a descrição do atendimento prestado. Depois, reservo-me a analisar a *pxuação* de uma perspectiva antropológica com a expectativa de motivar novas oportunidades de discussão sobre as parteiras e o partejar.

O pré-natal oferecido pelas parteiras

No final da tarde do dia 8 de outubro de 2005, D. Dina me avisou que nossa **volta** seria longa, porque havia muitas tarefas. Ela queria ver como passavam duas pacientes quase em trabalho de parto, conversar com outras três que haviam parido na semana anterior e ainda estavam **quarentando** (isto é, cumpriam o resguardo de quarenta dias) e tentar receber o pagamento do parto do neto do motorista da prefeitura. Eu apaguei meu caderno de campo e garrafa de água mineral e calciei as chinelas.

Na última rua perpendicular ao rio, uma menina de uns nove anos chamou a parteira. "D. Dina, minha irmã quer saber se a senhora pode puxar ela quando voltar". A parteira achou melhor passarmos ali naquele momento, já que, mais tarde, voltaríamos pelo outro lado da cidade. A menina chamou a irmã, que vinha com dois balde de água do poço da rua. Marilda chegou, nos cumprimentou e foi agasalhar a água no fundo da casa. "D. Dina, pode entrar pra cá", gritou de lá. Na sala, vi televisão, estante com fotos, paredes forradas de tecido e uma moça pajeando um bebê. No quarto, notei a cama de casal (incomum por ali, já que todos preferiam a rede) e uma sacolinha de plástico com roupas de bebê em cima de uma pequena cômoda de madeira. Conforme me explicou, Marilda vivia ali com o marido e os dois filhos. Ela era dona de casa e aproveitava para lavar roupa para fora. Seu marido não tinha emprego, me contou, mas "ele se vira, pesca, tira açaí, caça perema". Ela também ajudava a criar a irmãzinha que viera interior para estudar. A mãe destas moças continuava no interior do município.

D. Dinorá mudou o rumo da prosa com sua recorrente frase convidativa, "Então, minha filha, vamos se afontear?". Marilda então forrou o chão com um pano e colocou um travesseiro para a cabeça. Fechou a cortina que servia de porta. Eu sentei na beira da cama, com uma visão privilegiada do corpo da moça que ali se deitara. D. Dina se agachou ao seu lado e pediu que arribasse a blusa até onde começava o sutiã e arreasse a saia e a calcinha até a linha dos pêlos pubianos. Besuntou as palmas das mãos com um óleo de cozinha e tocou o ventre da moça. Seguiram vários movimentos: as palmas apertaram as laterais do ventre, polegar e indicador foram inseridos no umbigo para sentir as duas pulsões, as pontas dos dedos descobriram onde estava a cabeça do feto, etc. E a conversa acompanhou o trabalho das mãos:

Marilda: Eu bati o ultra-som e atestou útero desviado.

D. Dinorá: Pra Raquel, aquela buchuda da Rua João Valentim, falaram isso também. Não sei por que chama assim. Diz também útero emborcado. Mas útero emborcado não pega filho. Quando o ovário é baixo de um lado e alto do outro, também não pega. A Raquel se tratou. Comprou remédio e tomou. Ela se arrependeu de ter comprado o remédio porque logo pegou filho.

Marilda: Eu me desciudei e peguei filho. O meu último tem seis anos.

D. Dinorá: Diz que é o que?

Marilda: O ultra-som deu mulher.

D. Dinorá: É, muito enjôo é sempre mulher. Pelo espetáculo dela. Olha só, ela tá com a mão na cara. Ai, dói esse seu pedaço. O cotovelo dela fica ralando nesta parte.

Soraya: E seus outros dois filhos?

Marilda: Eu tive tudo em casa. Foi a D. Tetéia que atendeu.

Soraya: Ué, você vai mudar de parteira?

Marilda: A D. Tetéia não tá muito recomendada porque tá faltando a vista. Fiquei com medo. Diz que ela não tá atendendo mais. Eu me dei com a Tetéia.

Soraya: Mas tá com medo agora?

Marilda: É, pode ser de noite o parto, né? Sabe, D. Dina, eu tava estudando, mas dava muito enjôo. Mas parou o enjôo.

D. Dinorá: Tá dando muito este problema de enjôo, dor de cabeça, tontura. Agora tá mais comum isso na mulherada aqui.

Soraya: Por que, D. Dina?

D. Dinorá: Pode ser anemia, falta uma alimentação mais legal. As mulheres daqui não comem verdura. Só peixe com açaí. Não comem mamão, abacate e beterraba.

Marilda: Minhas colegas tão tendo isso também. Tão passando muito mal. Eu, de cinco meses pra cá é que melhorei.

D. Dinorá: Tem umas que tomam sulfato ferroso.

Marilda: Eu tô tomando.

Soraya: E você tá fazendo pré-natal no postinho?

Marilda: Tô. A minha próxima consulta é dia 15. Eu fiz com a enfermeira Dalila. Levei o ultra-som pra ela ver. Ela disse que tava sentado e que eu não podia ter. Tinha que ser cesárea. Ela passou pro médico ver e ele disse que é normal estar sentado. Que o bebê roda. A D. Dina tinha dito que tava sentado mesmo.

D. Dinorá: Mas não se preocupa, minha filha. Ela tá rodando. Vai acabar certo.

D. Dina terminou, guardou o óleo e foi até o jirau da cozinha lavar as mãos. Não houve pagamento.

mento algum. Depois desses quinze minutos, nos despedimos e seguimos até a próxima casa. (Diário de campo, doravante DC, versão editada, 08/10/2005).

Marilda já estava grávida há sete meses e D. Dina já tinha lhe **puxado** algumas vezes durante esse período. Mas, em geral, as parteiras são procuradas muito antes disso: o primeiro papel da **puxação** é explicar o repentina desaparecimento da menstruação e oferecer o eventual diagnóstico da gravidez.

Quando o corpo feminino fica “diferente”, quando sai de sua “rotina”, precisa da parteira para explicar os motivos dessa mudança. Para interpretar o que existe dentro de uma barriga que mexe, que pesa, que dói, como no caso de Marilda, não se usa somente a **puxação**. Andando pelas ruas ou sentada no jirau de casa, as parteiras podem notar os corpos das mulheres que por ali passam. Notam ventres pronunciados e cansaço ao carregar uma criança no colo, ficam sabendo que sua menstruação falhou, que teve uma tontura quando estava cozinhando, etc. Reúnem esses dados e, ao **puxar** a moça, a parteira alia tudo que já sabe ao que suas mãos lhe revelam. Assim, fica claro como a **puxação** é ocasião para que a parteira observe os diversos elementos dos cenários (da gravidez, da mulher, da casa, da família, etc.) e faça sentido de um bebê que não se mexe, de uma dor de cabeça que não passa, etc. Elas ajudam a estabelecer os limites entre “normalidade” e “anormalidade” e a explicar o “inexplicável”. A partir dos corpos (do feto e da gestante), a parteira parece organizar o mundo dessa mulher e da casa onde vive. Do microcosmo, como diria a antropóloga inglesa Mary Douglas, se entende e se faz parte do macrocosmo²⁵.

Enquanto **puxava** uma barriga, D. Dina tecia comentários sobre o que encontrava e, logo em seguida, emendava alguma história semelhante encontrada entre suas pacientes ou de suas próprias gestações. No exemplo acima, D. Dinorá lembrou que Raquel, outra grávida, passara pelo mesmo que Marilda enfrentava, um **útero desviado**. Essas histórias pretendiam mostrar que aquele caso não era uma exceção, que outras mulheres haviam vivenciado eventos semelhantes e que fora possível encontrar soluções. Serviam também para que a parteira evidenciasse sua competência terapêutica, talvez num paralelo aos diplomas que encontramos nas paredes dos consultórios médicos. Esses dois elementos – contextualização do incômodo e competência da parteira – serviam, assim, para apaziguar a paciente e transmitir-lhe confiança. Além disso, di-

agnósticos e recomendações não são dados ao final, na sala ou à porta da casa, como vemos geralmente nas consultas biomédicas; mas durante a **puxação**. E tampouco se restringem ao problema, mas descrevem a situação intra-uterina e da gravidez: “o cotovelo dela fica ralando nesta parte”, “pode ser anemia, falta uma alimentação mais legal”, “tá dando muito este problema de enjôo, dor de cabeça, tontura”.

Uma vez no **status** de gestante, esta mulher passa a visitar a mesma parteira sempre que sentir algum incômodo em decorrência da gravidez ou sofrer algum evento inesperado (e.g., uma surra do marido, uma queda do jirau). As visitas e **puxações** servem, principalmente, para que se fortaleçam antigos e novos laços de confiança entre a paciente e a parteira. Se escolher permanecer com ela, a moça **contrata** a parteira para dois serviços consecutivos: **puxar** sempre que necessário durante a gestação e, ao final do termo, **assistir** ao seu parto. Como no caso de Marilda, as **puxações** não foram pagas e um só preço foi acertado para o “pacote” que consistia, geralmente, em freqüentes visitas espontâneas e/ou sob chamado durante a gestação, assistência ao parto, visitas durante a primeira semana do puerpério para preparar as refeições da família, acompanhar a queda do coto umbilical da criança e lavar a roupa da casa. Por esse “pacote”, as parteiras cobravam sessenta reais de **mulheres de primeiro filho** e cinqüenta reais de partos subsequentes, alegando que era mais difícil e mais caro **acostumar a mulher, ensinar-lhe como parir e ser mãe**. Parteiras menos “famosas” e diante de famílias mais pobres e/ou do interior, cobram preços mais amenos, como vinte ou trinta reais. Caso a mulher não tenha certeza se quer (ou se poderá) ter o parto em casa, ela paga cada vez que for **puxada**, em espécie (com farinha, frutas, um favor no futuro) ou em dinheiro, de um a três reais por atendimento.

Quatro aspectos informados pela puxação

Além de aliviar eventuais incômodos, a gestante é **puxada** para que a parteira se certifique de quatro aspectos centrais: a posição e o sexo do feto, a data do parto e a possibilidade de parir em casa. Primeiro, **puxa-se** uma barriga para saber se o bebê está **na posição certa**, isto é, a posição cefálica que facilita o parto vaginal. Caso contrário, é preciso **endireitar** e **acostumar** o feto no **lugar certo**. Essa tarefa, que denomino de uma “socialização espacial do feto”, é uma das mais

esperadas da parteira^{6, 16, 21, 22, 26}. 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 posicionar. Em Melgaço, **endireitar o bebê** é uma atribuição fundamental da parteira para evitar o hospital, a cesariana e a dependência dos profissionais de saúde e da prefeitura (com passagens, combustível, barcos).

“Muito enjoô 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, ali, saber o sexo não era uma medida para individualizar o feto. Durante a gravidez, a mulher e sua família não se dirigem ao feto pelo nome que, muitas vezes, só é escolhido dias depois de ter nascido, já à porta do cartório de registros. O sexo do bebê tampouco define a compra do enxoval que tende a ser mínimo e adquirido (ou herdado) às vésperas do nascimento. Creio que o sexo do bebê serve mais para explicar como e por que se **agasalhou** em certa posição ou a razão de a mulher sofrer mais ou menos durante sua **barrigada**. É mais um aspecto para compor a lógica da reprodução, em que um **filho homem** é mais valorizado do que uma **filha mulher**; em que uma mulher tem seu **status** engrandecido junto à parentela de seu marido se parir um **varão**, etc. Ser menino ou menina, ser homem ou mulher faz mais sentido dentro das estruturas de gênero e parentesco do que para caracterizar o indivíduo que ali dentro está sendo gerado.

Outra informação esperada da **puxação** é a previsão do parto. As mulheres querem saber quando vão parir para organizarem seu tempo e sua vida familiar. Às vezes, é preciso avisar com antecedência à mãe que vive no interior e que a mulher deseja que esteja presente na hora do parto; outras vezes, a mulher já sabe que deseja parir no hospital, com uma operação cesariana ou não, e precisa juntar dinheiro e planejar sua viagem até lá; ou, como Marilda, querem se certificar de que o bebê terá tempo suficiente para adotar a **posição certa**. Tamanho, vitalidade, posição e batimentos cardíacos do feto são dicas valiosas também. Quando datas, tamanho do feto e da barriga e previsões biomédicas não coincidem, as parteiras suspeitam de bebês prematuros, de gestação gemelar, de paternidade alternativa, etc.

E, por fim, o quarto aspecto fundamental, notado durante as sucessivas massagens e en-

contros, é se a mulher pode parir em casa ou não. A **puxação** e as conversas munem a parteira com dados sobre a capacidade de dilatação e expulsão da mulher, sobre seu histórico de **compli-cações** durante o parto (clâmpsia, tremores, desmaios), sobre as condições físicas da casa (luz, privacidade, panos, água, banheiro, comida), apoio da sogra, mãe e marido, se a família conta com recursos para, numa emergência, **levar pra Breves**, etc. São algumas das informações cruzadas pela parteira para definir se é **parto pra casa** ou **parto pro hospital**. Falhar nesse diagnóstico pode custar a vida da mulher e a reputação da parteira por que traslados muito tardios podem fazer com que um parto difícil aconteça quando não há médico ou enfermeira na unidade de saúde, quando a maré está seca demais e nenhum barco consegue partir, quando o prefeito está viajando e não há quem libere o combustível para a viagem, etc. Marilda, no exemplo acima, havia tido seus dois filhos anteriores em casa e gostaria de manter esse costume para o filho que esperava. O fato de D. Tetéia, sua parteira anterior, estar **faltando a vista** e da enfermeira do **postinho** ter selado a cesariana como destino do bebê **sentado** eram informações que preocupavam Marilda e buscar D. Dinorá tinha o propósito de resolver ambos os impedimentos.

As gestantes tentam relacionar tudo que ouvem das parteiras com o que já foi vivido por elas ou pelas suas parentas e com os diagnósticos emitidos pelas enfermeiras. O desafio aqui é fazer sentido desta gama de informações. Bom lembrar que uma mulher pode até ter **contratado** uma parteira, mas isso não lhe impede de contrastar suas opiniões com **puxações** e veredictos de outras parteiras e doutores. E todas essas conclusões (sobre o sexo e a posição do bebê, a data e o lugar do parto) são disputadas entre os curadores – **de trás da frente** da cidade – porque, afinal, aproximar-se dos resultados finais é uma das formas de aumentar seu respaldo na comunidade.

Problematizando a **puxação**

A **puxação** é, de longe, o serviço mais comum e freqüentemente oferecido pelas parteiras de Melgaço, sobretudo em comparação ao parto, propriamente dito, que vem, paulatinamente, sendo transferido para ambientes hospitalares, como pode ser visto nas estimativas expressas na Tabela 1:

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
Crianças nascidas em hospitais de Melgaço ou de cidades vizinhas	29,3	37,5	38,3

Fonte: Cartório de Melgaço

* Dados disponíveis até 25/10/2005.

Arrisco a hipótese de que, nos centros urbanos, espaço onde as parteiras tendem a contar com uma grande concorrência simbólica e concreta do sistema oficial de saúde, a **pxação** passará a ser sua atividade principal. Algumas parteiras em Melgaço não atendiam partos há meses ou anos, mas todas **pxavam** com freqüência os fregueses que lhe apareciam à porta de casa. Sugiro que essa hipótese seja estendida às outras parteiras dos centros mais urbanizados da região amazônica e receba mais atenção dos pesquisadores, dada a sua capacidade de reunir aspectos do trabalho e dos dilemas atuais das parteiras.

A **pxação**, além do corte do cordão umbilical e da cicatrização do umbigo, sempre foi 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”²⁷. Os treinamentos de parteiras, portanto, deveriam valorizar as primeiras, ignorar ou tolerar as segundas e, principalmente, substituir e desestimular as terceiras. E as três práticas citadas no início deste parágrafo foram classificadas como “perigosas” “por médicos e enfermeiras obstétricas, por que podem ocasionar ruptura uterina, desprendimento do cordão ou enforcamento do bebê”²⁴.

Em Melgaço, a repressão não é diferente. Em 2005, a médica Gisele explicou: **Dá muito bebê laçado na unidade por que as parteiras puxam as barrigas. Aqui, nove de dez partos são laçados. Tudo culpa das parteiras** (DC, 10/10/2005). Eu lhe perguntei em seguida, “Quantas cesáreas elas poupam? E o que é menos grave: um bebê laçado ou um bebê de pé, de mão, de bunda?”. Ela me olhou perplexa por alguns segundos e desconversou, voltando aos copos de cerveja à nossa frente. Havia

uma grande dificuldade, por parte dos profissionais de saúde, em notar as possíveis vantagens do trabalho das parteiras da cidade e, ao mesmo tempo, uma indisposição em atender esses partos transformados em “difíceis” pelas parteiras.

No entanto, era impossível que estes profissionais ignorassem as parteiras por completo, uma vez que, desde 1998, na região de Melgaço, o Ministério da Saúde vinha investindo intensamente na forma de palestras, treinamentos e políticas públicas especificamente voltadas para as parteiras e para a sua integração à saúde oficial. Em geral, elas conseguiam algum material obstétrico para seus atendimentos, palestras esporádicas, transporte e camisetas para participar de encontros na região. Mas não havia um estímulo aberto ao parto domiciliar, já que a hospitalização era um dos principais objetivos da Secretaria Municipal de Saúde. Pelo que entendi, as autoridades locais tinham essas trabalhadoras, sobretudo como uma boa oportunidade para capilarizar as campanhas sanitárias locais como, por exemplo, a esterilização das multiparas, a vacinação de crianças, a adesão ao programa de pré-natal, o registro dos recém-nascidos, etc.

As parteiras reconheciam que as autoridades médicas em Melgaço não aprovavam a **pxação**. Nos partos que presenciei, elas trivialmente passavam o cordão umbilical por cima das cabecinhas que nasciam. “Problema”, de fato, para estas parteiras de Melgaço, era bebê **atravessado**, falta de barco ou combustível na hora da emergência, falta de médico e material na **unidade** parturiente com **cara branca** (i.e., sinal de que a mulher está prestes a desmaiar). Bebê **laçado** era realmente uma preocupação menor, comparativamente.

Comentários finais: a **pxação** como prática central de cuidado da saúde

A atenção terapêutica das parteiras, segundo o antropólogo argentino Eduardo Menéndez, tem sido compreendida como “tradicional” por que, primeiro, é praticada por populações tidas como “tradicionais”; segundo, é definida como “antagônica” à biomedicina; e, terceiro, foi cristalizada como ahistórica, imutável e impermeável às mudanças e influências²⁸. O problema com o termo é tomar, **a priori**, certos grupos e práticas como “tradicionais”. Menéndez alerta que essas definições expõem dois aspectos importantes. Por um lado, ficam claras as estratégias retóricas dos sistemas médicos que, para se manterem hegemônicos, precisam traçar limites entre práticas legí-

timas 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” [e eu acrescentaria, “parteira 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 necessitamos 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*²⁸.

Essa importante idéia merece um comentário. Falar das parteiras e da **puxação** é mais do que colecionar um conjunto de receitas, massagens ou segredos, quase folclorizáveis. Trazer detalhes etnográficos de seu trabalho nos ajuda a conhecer como e por que essas práticas são semantizadas pela população que aciona as parteiras. É um “atalho” eficiente para conhecer quais são os dramas e enfermidades que mais perturbam e mobilizam a comunidade. A **puxação**, tão íntima e tão freqüente, nos leva até as concepções locais de “saúde” e nos ajudam, dessa forma, a perceber o que essas mulheres e suas famílias esperam das parteiras, enfermeiras, médicos, etc. Mas, para isso, é preciso transpor os rótulos conhecidos como, por exemplo, “tradicional”, “supersticioso” ou “atrasado”. Além de problematizarmos a categoria “tradicional”, é preciso rever o próprio termo “parteira”, que pode se referir a perfis muito distintos de trabalhadoras²⁹.

Creio que a prática é mais do que uma massagem e mais do que uma consulta^{29,24}. Minha sugestão é considerar a **puxação**, principal prática que as parteiras oferecem às grávidas, como um tipo de “pré-natal nativo”, ajudando 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 as mulheres é construída e não dada de antemão e acontece conforme o ritmo impresso pela paciente, que chama a parteira em vez de

seguir a rotina mensal do **postinho**²⁷. 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 as primíparas.

A **puxação** permite um momento de confidências. Em suas visitas, D. Dina tinha tempo de conhecer casos de adultério, estupro, incesto, abandono, violência, acidentes e dores. A parteira poderia ajudar a resolver estes conflitos pelas redes de parentesco e vizinhança ou denunciá-los na delegacia, no fórum, na prefeitura, 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 aprenderam a identificar com sua experiência prática, os cursos de treinamento e o trânsito pelos espaços **da frente e de fora**.

Mais do que **endireitar** o feto, a **puxação** ajuda a acomodar os conflitos. **Puxar** normalizaria aquilo e aqueles que estariam “deslocados”. Estes “deslocamentos” demandam explicações – mais complexas do que a administração de remédios ou a requisição de exames. As parteiras, reunindo informações sobre a barriga, a grávida, a família, está munida para ajudar suas pacientes a fazerem sentido de dramas inesperados. Portanto, o desconforto, a dor, o parto são tidos como processos sociais e não eventos pontuais e fisiológicos vividos individualmente^{30,31}.

Assim, sugiro que a **puxação** continuará a ser amplamente empregada, mesmo que seus efeitos tenham sido condenados pela biomedicina. É preciso lembrar que estas práticas de saúde não existem e não se desenvolveram em relação à biomedicina e não vão desaparecer porque uma dada região vem se medicalizando. Julgo que esta prática desafia o senso comum que vem anunciando a extinção das parteiras. E mesmo que menos presentes nos partos, 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 ao zelar pelas mulheres e **afomentar** suas barrigas.

Agradecimentos

Agradeço os comentários críticos dos participantes do evento e os de Claudia Fonseca. Aproveito também para agradecer a generosidade e delicadeza com que D. Dinorá, sua família extensa e suas pacientes sempre me trataram. Nunca me esquecerei da disposição e disponibilidade dessas pessoas em responder minhas incessantes perguntas sobre temas geralmente banais para elas. Os nomes originais dos personagens desta etnografia foram substituídos por pseudônimos.

Referências

1. Fleischer S. *Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará* [tese]. Porto Alegre (RS): Departamento de Antropologia Social/Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
2. Neves EM. *Alquimia moderna. Cultura e racionalidade do risco entre epidemiologistas* [tese]. Porto Alegre (RS): Departamento de Antropologia Social/Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Trabalhando com parteiras tradicionais*. Grupo Curumim Gestação e Parto (ONG). Área técnica da Saúde da Mulher, 2^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. p. 79.
4. Whittaker A. Birth and the postpartum in Northeast Thailand: Contesting modernity and tradition. *Medical Anthropology* 1999; 18(3):215-242.
5. Scavone L. As múltiplas faces da maternidade. *Cadernos de Pesquisa* 1985; 54.
6. Pereira MLG. *Fazendo parto, fazendo vida: doença, reprodução e percepção de gênero na Amazônia* [dissertação]. São Paulo (SP): Departamento de Ciências Sociais/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1993.
7. Bessa LF. *Condições de trabalho de parteiras: algumas características no contexto domiciliar rural* [dissertação]. Salvador (BA): Escola de Enfermagem/Universidade Federal da Bahia; 1997.
8. Freitas MS. *Mãos que aparam vidas: as parteiras de Caruaru, PE* [dissertação]. João Pessoa (PB): Departamento de Sociologia/Universidade Federal da Paraíba; 1997.
9. Chamilco RASI. *Práticas obstétricas adotadas pelas parteiras tradicionais a assistência ao parto e nascimento domiciliar na Amazônia Legal, Santana, AP* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery; 2001.
10. Silva MGSN. *Parteiras ribeirinhas: saúde da mulher e o saber local* [tese]. Belém (PA): Departamento de Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido/Universidade Federal do Pará; 2004.
11. Pinto BCM. *Nas veredas da sobrevivência. Memória, gênero e símbolos de poder feminino em povoados amazônicos*. Belém: Paca-Tatu; 2004.
12. Mott MLB. *Parto, parteiras e parturientes no século XIX: Mme. Durocher e sua época* [tese]. São Paulo (SP): Departamento de História Social/Universidade de São Paulo; 1998.
13. Barroso IC. *Saberes e práticas das parteiras tradicionais do Amapá: histórias e memórias* [dissertação]. Campinas (SP): Departamento de História/Universidade Estadual de Campinas; 2001.
14. Caixeta VL. *Parteiras em Minas Gerais no século XIX: Poderes e saberes compartilhados (1832-1850)* [dissertação]. Brasília (DF): Departamento de História/Universidade de Brasília; 2003.
15. Mendonça LG. *Parteiras em Londrina: 1958-1995* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Departamento de História das Ciências da Saúde/Casa de Oswaldo Cruz; 2004.
16. Cosminsky S. El papel de la comadrona en Mesoamérica. *América Indígena* 1977; XXXVII(2):305-351.

17. Kelly I. El adiestramiento de parteras empíricas desde el punto de vista antropológico. *América Indígena* 1955; XV(2).
18. Parra P. Midwives in the Mexican health system. *Social Science and Medicine* 1993; 37(11):1321-1329.
19. Villatoro E. La comadrona a través de la historia en las prácticas obstétrico pediátricas: Una experiencia en el área IXIL, Quiché. *La Tradición Popular* 1994; 97.
20. Browner CH. The management of reproduction in an egalitarian society. In: McClain CS, editor. *Women as healers: Cross-cultural perspectives*. New Brunswick: Rutgers University Press; 1995. p. 58-72.
21. Jordan B. *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. 4^a ed. Prospect Heights: Waveland Press, Inc.; 1993.
22. Sesia P. "Women come here on their own when they need to". Pre-natal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca". In: Davis-Floyd R, Sargent CF, editors. *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press; 1997. p. 397-420.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. *Censo Demográfico 2000*. [acessado 2006 Mar 04]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31&páginaatual=1&uf=15&letra=M>
24. Vargas R, Naccarato P. *Allá, las antiguas abuelas eran parteras. Etnografía de las parteras empíricas*. Lima: Flora Tristán Centro de la Mujer Peruana; 1993.
25. Douglas M. Modelo corpo/casa do mundo: o microcosmo como representação coletiva. *Revista FAMECOS* 2004; 25:138-152.
26. Castañeda-Camey X, García BC, Romero GX, Nuñez-Urquiza R, González HD, Langer A. Traditional birth attendants in Mexico: Advantages and inadequacies of care for normal deliveries. *Social Science and Medicine* 1996; 43(2):199-207.
27. Organização Mundial da Saúde. *Partidas tradicionales. Guía práctica para el adiestramiento, la evaluación y la articulación de este personal en los servicios de salud*. Ginebra: OMS; 1979.
28. Menéndez E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 1994; 4(7):71-83.
29. Cosminsky S. Childbirth and midwifery on a Guatemalan finca. *Medical Anthropology* 1977; 6(3):69-103.
30. Langdon JE. *A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica. Conferência 30 Anos de Xingu* [conferência]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1995.
31. Csordas TJ, Kleinman A. The therapeutic process. In: Sargent C, Johnson T, editors. *Medical Anthropology: Contemporary theory and method*. London: Westport Connecticut; 1996. p. 3-20.

Artigo apresentado em 17/12/2006

Aprovado em 14/05/2007

Versão final apresentada em 06/06/2007