

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS EXATAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA
MESTRADO EM GESTÃO DO TERRITÓRIO**

BRUNA DOS SANTOS

**A PRÁTICA DO PARTEJAR ALTERNATIVO NA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS,
PARANÁ: RESSIGNIFICANDO O RURAL A PARTIR DO CUIDAR FEMININO.**

PONTA GROSSA

2022

BRUNA DOS SANTOS

**A PRÁTICA DO PARTEJAR ALTERNATIVO NA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS,
PARANÁ: RESSIGNIFICANDO O RURAL A PARTIR DO CUIDAR FEMININO**

Dissertação apresentada para a obtenção do título de mestre na Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG, junto ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, curso de Mestrado em Gestão do Território.

Orientador: Prof. Dr. Nicolas Floriani.

Co-orientadora: Prof. Dra. Maria da Graças Silva Nascimento Silva.

PONTA GROSSA

2022

S237 Santos, Bruna dos
A prática do partejar alternativo na região dos Campos Gerais, Paraná: ressignificando o rural a partir do cuidar feminino / Bruna dos Santos. Ponta Grossa, 2023.
89 f.

Dissertação (Mestrado em Gestão do Território - Área de Concentração: Gestão do Território: Sociedade e Natureza), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Nicolas Floriani.
Coorientadora: Profa. Dra. Maria da Graças Silva Nascimento Silva.

1. Saberes tradicionais. 2. Doulas. 3. Parteiras. 4. Ruralidades. 5. Híbridos. I. Floriani, Nicolas. II. Silva, Maria da Graças Silva Nascimento. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Gestão do Território: Sociedade e Natureza. IV.T.

CDD: 910



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 - Bairro Uvaranas - CEP 84030-900 - Ponta Grossa - PR - <https://uepg.br>

DOCUMENTAÇÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

BRUNA DOS SANTOS

"A PRÁTICA DO PARTEJAR ALTERNATIVO NA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS, PARANÁ:
RESSIGNIFICANDO O RURAL A PARTIR DO CUIDAR FEMININO."

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Geografia – Mestrado em Gestão do Território, do Setor de Ciências Exatas e Naturais, Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Dr. Nicolas Floriani (Orientador - UEPG)

Dr. Dr. Almir Nabozny (UEPG)

Dr. Jefferson Henrique Cidreira (CIPEAMA)



Documento assinado eletronicamente por **Almir Nabozny, Professor(a)**, em 31/12/2022, às 12:03, conforme Resolução UEPG CA 114/2018 e art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Nicolas Floriani, Professor(a)**, em 04/01/2023, às 20:21, conforme Resolução UEPG CA 114/2018 e art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.uepg.br/autenticidade> informando o código verificador **1264484** e o código CRC **F48BD702**.

Dedico esta pesquisa a vida que trouxe ao mundo: Davi.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi realizada com o apoio da CAPES (Centro de Aperfeiçoamento pessoal de Nível Superior).

Quero agradecer primeiramente a duas mulheres fortes as quais devo parte de quem sou: minha mãe Iolanda que me trouxe ao mundo depois de três filhos e que foi minhas próprias mãos ao maternar o meu filho durante meu trajeto de professora e pesquisadora, a minha tia Irena que enraizou em mim a importância de ter uma profissão, um diploma e um filho ...meu obrigada.

Aos meus familiares que na sua forma mais insana me enxergaram por vezes melhor do que realmente sou, me lembrando que era possível alcançar este título e compreenderam minha ausência.

Aos amigos que fiz neste âmbito solitário da pós-graduação vocês tornaram este caminho mais acolhedor Cintia, Adir, Hortência, Emilyn, as amigas que ouviram meu desespero e vibraram com cada etapa Rita, Marina, Cristiane, Nádia, Ana Clara...e as amigas que ficaram pelo caminho, mas que nem por isso são menos importantes, gratidão pela paciência.

Ao meu orientador, pelo direcionamento e confiança depositada em mim desde o início desta pesquisa e ao Grupo de Pesquisa Interconexões.

Agradeço por fim, as mulheres que preservam os saberes rurais do cuidado feminino diante do parto e puerpério.

O primeiro contato. Primeiro colo. Primeiro sentir.

E passa tão depressa.

A vida é esse rio

Que nasce dentro de nós, dentro das águas de nosso ventre, de nosso útero

E corre

Flui.

Autora: Cristina Souza

Artista, mulher mãe fotógrafa, doula, selvática.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo central compreender o processo de espacialização dos novos sujeitos da medicina popular, que emergem do cenário de contestação ao projeto de modernização e racionalização (colonização) da vida na região paranaense dos Campos Gerais. Para tanto, torna-se imprescindível entender o passado da medicina popular na região, isto é, como se configuravam as práticas tradicionais em diferentes gerações de mulheres camponesas e que reproduziam uma ruralidade que ainda se faz presente além das fronteiras 'espaço rural'. A espacialidade da prática do partejar produzida por novos sujeitos sociais presume uma outra forma de compreender a vida e cuidá-la, assente em saberes tradicionais que se contrapõe ao modelo hegemônico da medicina moderna, isto é, de que existem outros entendimentos sobre a saúde e o cuidado do corpo materno. Por outro lado, foram verificadas novas práticas de cuidado da parturiente e do recém-nascido na doulagem. Destacaremos o fenômeno da emergência de novas categorias sociais (novos processos identitários) nucleadas em torno do processo de ressignificação da prática do parto contra hegemônico e seu conseqüente reconhecimento como expressão híbrida de uma ruralidade, manifesta em espaços urbanos alternativos. Nesse sentido, atuantes predominantemente no espaço urbano, seja em casas ou em hospitais, são convertidas em sujeitas que possuem uma prática pautada no diálogo de saberes rurais e urbanos. Metodologicamente, lança-se mão de um levantamento exploratório que aponte a existência desse grupo e de suas práticas, ampliando o recorte espacial para outras regiões vizinhas. Nesse sentido, a aplicação dois questionários via *google forms*: o primeiro, aplicado em 2021, que buscava evidenciar informações sobre o uso de plantas medicinais no pós-parto de mulheres que tiveram filhos nos últimos 15 anos nos Campos Gerais; e o segundo formulário aplicado à doulas, no ano de 2022, com o intuito de descobrir se há influências de saberes tradicionais, em especial o de parteiras tradicionais, em suas práticas, além de perceber o seu reconhecimento ou não enquanto sujeitas híbridas, seja em relação aos saberes manifestados, mas também em relação ao seu consumo ou organização espacial em ambientes por meio de partos domiciliares e hospitalares. A partir dos resultados analisados identificamos que as práticas tradicionais de cuidado feminino permanecem nos Campos Gerais, todavia com uma outra conotação influenciada por valores da conhecida modernidade. Sendo assim, práticas são repassadas e convertidas, em um misto de saber-fazer patrimonial e cientificidade, para que costumes antigos permaneçam nos dias atuais, ainda que denominados de outras formas. Reiteramos a importância da geografia se atentar a saberes subalternizados, seja pelas questões de gênero, tendo em vista que majoritariamente ao nos referirmos as parteiras estamos falando de mulheres, seja pela sua influência espacial, notadamente de ambientes rurais, ambos marcadores (de gênero e espacial) estigmatizados em uma visão dicotômica e moderna.

Palavras-chave: Saberes tradicionais; doulas e parteiras; ruralidades; hibridismos.

ABSTRACT

This dissertation aims to understand the process of spatialization of the new subjects of popular medicine, which emerge from the scenario of contestation to the project of modernization and rationalization (colonization) of life in the Paraná region of Campo Gerais. Therefore, it is essential to understand the past of popular medicine in the region, that is, how traditional practices were configured in different generations of peasant women and who reproduced a rurality that is still present beyond the borders 'rural space'. The spatiality of the practice of parting produced by new social subjects presumes another way of understanding life and caring for it, based on traditional knowledge that is opposes to the hegemonic model of modern medicine, that is, that there are other understandings about the health and care of the maternal body. on the other hand, new care practices of parturient and newborn in doulage were verified. We will highlight the phenomenon of the emergence of new social categories (new identity processes) nucleated around the process of resignification of the practice of non-hegemonic childbirth and its consequent recognition as a hybrid expression of a rurality, manifested in alternative and non-hegemonic urban spaces. In this sense, predominantly active in urban space, whether in houses or hospitals, are converted into hybrid subjects because they have a practice based on the dialogue of rural and urban Knowledges. Methodologically, an exploratory survey is used that points to the existence of this group and its practices, expanding the spatial cutout to other neighboring regions. In this sense, the application of two questionnaires via google forms: the first, applied in 2021, which sought to evidence information about the use of medicinal plants in the postpartum period of women who had children in the last 15 years in the Campos Gerais; , and the second form applied to doulas, in 2022, in order to find out if there are influences of traditional knowledge, especially that of traditional midwives, in their practices, in addition to perceiving their recognition or not as hybrid subject, whether in relation to the knowledge manifested, but also in relation to their consumption I spatial organization in environments through home and hospital births. Based on the results analyzed, we identified that traditional feminine care practices remain in Campos Gerais, but with another connotation influenced by values of known modernity. Thus, practices are passed on and converted into a mixture of patrimonial know-how and scientificity, so that ancient customs remain in the present day, even if called in other ways. We reiterate the importance of geography to pay respect to subalternized knowledge, either by gender issues, considering that mainly when we refer to midwives we are talking about women, or by their spatial influence, nodinatedly of rural environments, both markers (gender and spatial) stigmatized in a dichotomous and modern view.

Keywords: Traditional knowledge; doulas and midwives; ruralities; hybridisms

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Apresentação do formulário online sobre o uso de plantas medicinais no período pós-parto.....	20
Figura 02 – Operacionalização do processo de análise dos dados.....	22
Figura 03 – Apresentação do formulário online sobre doulas.....	23
Figura 04 - Distribuição de teses e dissertações relacionadas com as palavras: saúde, doença, médicas(os) e medicina a partir da Geografia.....	34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Origem espacial das mães que responderam ao questionário sobre o uso de plantas medicinais no período pós-parto.....	63
Gráfico 02: Número de gestações das mães que utilizaram plantas medicinais no período pós-parto.....	64
Gráfico 03: Escolaridade das mães que utilizaram plantas medicinais no período pós-parto.....	65
Gráfico 04: Número das mães que utilizaram plantas medicinais no período pós-parto.....	66
Gráfico 05: Número das mães que utilizaram plantas medicinais no período pós-parto e que fizeram resguardo.....	68
Gráfico 06: Número das mães que utilizaram plantas medicinais no período pós-parto e receberam orientação para amamentação.....	70
Gráfico 07: Número das mães que utilizaram plantas medicinais no período pós-parto e tiveram uma rede de apoio feminina.....	71
Gráfico 08: Número das mães que utilizaram plantas medicinais no período pós-parto e tiveram orientação e cuidados de outras mulheres da família.....	72
Gráfico 09: Origem espacial das doulas entrevistadas.....	75
Gráfico 10: Idade das doulas entrevistadas.....	76
Gráfico 11: Escolaridade das doulas entrevistadas.....	77
Gráfico 12: Quantidade de filhos das doulas entrevistadas.....	78
Gráfico 13: Experiência do parto das doulas entrevistadas.....	78
Gráfico 14: Tempo de atuação das doulas entrevistadas.....	79
Gráfico 15: Número de partos acompanhados pelas doulas entrevistadas.....	79
Gráfico 16: Número de doulas entrevistadas que possuem experiência com parteiras tradicionais.....	80
Gráfico 17: Número de doulas entrevistadas que realizam práticas tradicionais de parteiras nos partos que acompanham.....	81
Gráfico 18: Número de doulas entrevistadas que possuem o reconhecimento de uma identidade híbrida em relação aos seus saberes e práticas.....	81

Gráfico 19: Número da doulas entrevistadas que possuem a doulagem como principal fonte de renda.....82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Perguntas aplicadas no questionário.....	21
Quadro 2: Medicamentos (formulações) tradicionais mencionados como tendo sido utilizados no pós-parto.....	67

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 – O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PESQUISA.....	16
1.1 O PERCURSO DA PESQUISADORA-MÃE.....	17
1.2 OS PASSOS PARA O PROCEDIMENTO DE PESQUISA.....	19
CAPÍTULO 2 – O OLHAR DA GEOGRAFIA PARA AS PRÁTICAS DO CUIDADO FEMININO E DA GESTAÇÃO: NOVAS PERSPECTIVAS PARA SE ABORDAR O CULTURAL E O CORPO.....	25
2.1 A PERSPECTIVA GEOGRÁFICA DO PARTO DOMICILIAR COMO PRÁTICA FEMINISTA.....	25
2.2 OFÍCIOS TRADICIONAIS E PRÁTICAS DE CUIDADOS FEMININOS: O RURAL RESSIGNIFICADO PELAS DOULAS E SIMPATIZANTES.....	41
CAPÍTULO 3 – PRÁTICAS DA CURA E DE ATENÇÃO DURANTE O PARTO COMO RESISTÊNCIA DAS RURALIDADES.....	59
3.1 O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO PERÍODO PÓS-PARTO.....	60
3.2 PARTEIRAS E DOULAS: A CONCEPÇÃO HÍBRIDA DE SUJEITAS E DE MÚLTIPLAS ESPACIALIDADES EM SUAS PRÁTICAS.....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	85

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo central buscar entender o processo de espacialização dos novos sujeitos da medicina popular, que emergem do cenário de contestação ao projeto de modernização e racionalização (colonização) da vida na região paranaense dos Campos Gerais. Para tanto, torna-se imprescindível compreender o passado da medicina popular na região, isto é, como se configuravam as práticas tradicionais reproduzidas por diferentes gerações de mulheres camponesas e que reproduziam uma ruralidade que ainda se faz presente além das fronteiras do considerado 'espaço rural'.

A espacialidade da prática do partejar produzida por novos sujeitos sociais presume uma outra forma de compreender a vida e cuidá-la, assente em saberes tradicionais que se contrapõe ao modelo hegemônico da medicina moderna, isto é, de que existem outros entendimentos sobre a saúde e o cuidado do corpo materno, a exemplo do que trazemos nesta dissertação.

Alguns temas podem parecer estranhos de início à geografia, assim como para algumas pessoas, a exemplo do estudo sobre formas de nascimento e as sujeitas envolvidas neste processo, contudo, como afirma Rivaldo Faria (2016), há um enorme conteúdo geográfico em discussões desse cunho, "seja como expressão do território, seja como determinante para sua compreensão. Invulgar é a pequena presença de geógrafos dedicados ao tema" (FARIA, 2016, p. 603).

A primeira dúvida que nos surgiu ao iniciarmos esta pesquisa foi sintetizada na pergunta: existem ainda práticas tradicionais do cuidado feminino de gestação, parto e pós-parto na região dos Campos Gerais? o que nos levou a um diálogo entre a história, geografia e mais especificamente um campo denominado de geografia da saúde e as ruralidades.

Com o objetivo de encontrar e entrevistar parteiras tradicionais, foi feito o levantamento e contato com algumas parteiras dos Campos Gerais, contudo, com o início da pandemia de corona vírus, em 2020, e por muitas dessas parteiras terem idade avançada, o contato não foi mais possível, o que se apresenta como um dos primeiros problemas vividos.

Reformulando a questão, mas sem perder o escopo central, isto é, identificar e compreender as possíveis práticas tradicionais do cuidado feminino na gestação, buscou-se verificar a transformação desse saber em novas gerações de mulheres oriundas de outros espaços, mas que tem em comum laços identitários assentes na medicina popular.

Assim, metodologicamente, surgiu a necessidade de se realizar um levantamento exploratório que apontasse a existência desse grupo e de suas práticas, ampliando o recorte espacial para outras regiões vizinhas. Nesse sentido, lançou-se mão da criação de dois questionários via *google forms*: o primeiro em relação ao perfil das mulheres que utilizam-se de práticas do cuidado pós-parto; o segundo referente ao fenômeno da emergência das doulas, como e onde se organizam, que saberes são agenciados, se são reconhecidas ou não em instituições modernas, tais como a medicina moderna e hospitais.

Com o exposto foi possível verificar a permanência de cuidados tidos como rurais, em especial aqueles originados de ofícios tradicionais da cura que incluem o uso de plantas medicinais; por outro lado, foram verificadas novas práticas de cuidado da parturiente e do recém-nascido na doulagem. Nesse sentido, atuantes predominantemente no espaço urbano, seja em casas ou em hospitais, são convertidas em sujeitas híbridas por terem uma prática pautada no diálogo de saberes rurais e urbanos.

Deste modo, a seguinte pesquisa é desenvolvida em três capítulos, onde o primeiro apresenta a metodologia e a consecução deste trabalho; destaca-se que neste momento deu-se ênfase a uma linguagem mais pessoal, de como como foi viver a experiência da pesquisa, e em um segundo momento de forma mais formal, expondo os passos a passos para o desenvolvimento da mesma.

Já no segundo capítulo é apresentado o referencial teórico (geográfico e interdisciplinar) que sustenta as reflexões aqui defendidas. O segundo capítulo é estruturado em duas seções, na primeira se apresentará algumas possíveis interpretações geográficas sobre o parto domiciliar enquanto prática feminista; na segunda seção as práticas tradicionais e de cuidados femininos são entendidas enquanto ruralidades ressignificadas pelas doulas e simpatizantes.

Por fim, o terceiro e último capítulo traz a interpretação do levantamento primário de dados, via formulários *online* sobre uso de plantas medicinais no pós-parto e a prática e construção social da doulagem. Neste capítulo dá-se acento a dois aspectos centrais: as ações de resistência e autonomia da mulher frente as instituições modernas dominadas pelo masculino, e o processo de ressignificação da ruralidade em seus múltiplos espaços de atuação das doulas. Após as duas seções será apresentada a conclusão seguida das referências utilizadas.

Gostaria de pontuar ainda, que me posiciono nesta pesquisa como mãe, cientista e feminista evidenciando, assim, a necessidade de trazer essas temáticas para discussão dentro das epistemologias geográficas. O que nos apoia é a impossibilidade de sermos neutras diante de nossas pesquisas, ou seja, que nossa posicionalidade enquanto pesquisadora define nosso olhar, nossa forma de escutar e de destacar aspectos vivenciados na pesquisa. Enquanto mãe e mulher busquei inserir-me nesse processo de visibilização de novas e antigas formas de cuidar do corpo feminino. O partejar de um saber, nesse sentido, se anunciava num coletivo no qual me fiz incluir.

CAPÍTULO 1 – O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

O processo de pensar e escrever uma investigação científica não é linear; ele implica o trabalho de interpretação dos dados empíricos e teóricos, de maneira que o resultado implica na produção da resignificação da realidade a partir do problema estabelecido no processo investigativo; justamente por isso pretendemos iniciar o primeiro capítulo desta dissertação expondo os obstáculos e a forma de lidar e se reorganizar com estes contrapontos.

Este capítulo está estruturado em duas seções, onde a primeira apresenta de forma pessoal o percurso realizado para a entrega do resultado, enquanto na segunda seção será exposta a metodologia adotada e inventada no caminhar do processo analítico da realidade para que esta dissertação pudesse vir ao mundo, o que por sua vez também não deixa de ser um parto de uma outra realidade aquela a ser reinterpretada pelo leitor.

Alguns planejamentos precisaram de adaptação, tendo em vista a pandemia, onde se impõe a obrigatoriedade de não poder entrevistar as parteiras da Região Rural dos Campos Gerais, em virtude da avançada faixa etária das mesmas, o que as colocaria no grupo de risco frente ao contágio pelo vírus. Tudo isso, testemunhava o atraso do Brasil em relação a vacinação. Deste modo, só pudemos retomar contato ao fim do ano de 2021, e neste trajeto infelizmente perdemos duas sujeitas de pesquisa para morte de causas naturais.

Ora, se nossas expectativas de encontrarmos parteiras tradicionais mostrava-se originalmente um desafio, com a pandemia se mostrou algo quase utópico: nos restaram assim uma parteira tradicional e uma socorrista rural, o que não nos daria aporte para retratar os cuidados femininos no atendimento gestacional, parto e puerpério.

Consequentemente, outra pergunta que surgiu dessa ‘desilusão da pesquisa’ foi: estaria esse saber-fazer local fadado ao desaparecimento com as últimas parteiras identificadas conforme nosso recorte espacial? Haveria alguma chance de identificarmos, em outras gerações de mulheres da região, algum ensinamento dessa prática, a reprodução desse saber? Caso existisse essa possibilidade, como e

onde seria reproduzido esse ofício? Quem seriam suas portadoras? Como elas estariam reproduzindo esse saber?

Assim, uma alternativa e uma 'esperança de pesquisa' foram vislumbradas: seguir os rastros desse ofício tradicional, o que nos levaria, primeiramente a situarmos historicamente o período de ruptura desse fenômeno histórico, e, geograficamente, onde se espacializam as supostas novas redes de reprodução desse saber. Com relação ao conteúdo desse saber-fazer regional, permaneceriam nesse processo de espacialização os seus mesmos elementos práticos? Em que medida seriam eles transformados, hibridizados com outros saberes sobre a gestação e cuidados com a criança? Assim, vislumbram-se as 'doulas' - palavra que vem do grego e que designa mulher que serve - que por sua vez emergem no contexto urbano resignificando o ofício da parteira em seus aspectos simbólicos e materiais.

Para apresentar como se deram e foram vividas essas transformações, seguem as duas seções.

1.1 O PERCURSO DA PESQUISADORA-MÃE

Este título "o percurso da pesquisadora-mãe", expressa uma temporalidade vivida (corporificada) em quase treze anos de experiência como mãe e que agora que tento traduzir em termos de trajetória acadêmica. Talvez essa cronologia não corresponda ao percurso real e total desse caminho, mas explico e (ou) justifico este número a partir de um divisor de águas que foi a minha experiência materna, a gestação, parto e puerpério, que me levaram a escolha desta temática de pesquisa (se assim podemos chamar 'escolha', mesmo e sobretudo inconsciente, já que em muitas das vezes tenho a sensação de que a temática nos escolhe)

Bem, aos vinte e dois anos me vi uma gestante! Gestar que no dicionário da língua portuguesa significa: formar e sustentar um (filho) no próprio organismo, e que para além de qualquer explicação biológica, lógica, traz tantas (re) significações, uma transformação estrutural e profunda. Aos vinte e três anos estava parindo, data, local e horário marcados e estávamos lá, eu e ele, aquele ser que gastei em meu organismo para uma cesárea eletiva. Demorei anos para compreender que não se

marca um colosso da natureza, demorei mais ainda para compreender que parir não cabe no capitalismo.

Moradora na época de uma cidade pequena, sem preparo ou informações suficientes sobre possibilidades de parto segui o fluxo das mães que conhecia, uma cesárea para supostamente evitar a dor (física), o que elas chamavam de parto “anormal”. Não existia em meu círculo familiar ou de amigas alguém que relatasse uma vivência positiva de parto “normal”, digo normal pois era esse o termo utilizado, muito menos se falava – no meu círculo de relações pessoais - em parto natural sem intervenções, sem controle do corpo gestacional.

Hoje olhando para trás, percebo que muitas dessas conversas, e da própria cesárea, fazia e talvez ainda faça parte de um status social (lembrando que faço aqui uma consideração pessoal), mais do que isso hoje olhando para trás tenho plena convicção de que não há parto sem dor; uma mãe tem dores psíquicas pelo que ela deixa de ser ao se tornar mãe, tem dores físicas, tem dores pelas dores do filho, sentida na simbiose entre mãe/bebê.

Falando em dores, tento traduzir nestas páginas parte das minhas, talvez seja esse o motivo pelo qual encaro essa seção como um grande desafio de traduzir algo, escolher palavras, explicar um sentimento ou a falta dele. Falando em falta, e ainda tentando justificar a escolha da pesquisa, busco recriar repassando na memória daquele dia, os momentos mais significativos daquele período.

Depois de muito exercitar compreendi que a temática me traz a ideia de que eu poderia ter sido cuidada, acolhida de forma mais afetiva e quando pesquisava sobre saberes tradicionais, cuidados femininos fazia isso de forma essencializada (idealizada) como foi bem apontado na minha qualificação, porque era isso que eu queria acreditar, era essa sensação que eu gostaria de ter sentido..., mas não foi.

Retomando o trajeto de pesquisadora, em 2015 assisti o documentário *O Renascimento do Parto*. Chorei, me vi culpada e ocupada de uma estranha sensação de ter errado na escolha do meu parto, por não ter oportunizado ao meu filho uma chegada mais amorosa, sem mãos o empurrando para baixo, sem qualquer procedimento incômodo. Entre a dedicação ao trabalho, a casa, ao maternar, hora ou outra estava lendo relatos de parto, de puerpério. Dizem que

“quando nasce uma mãe nasce uma culpa”; essas situações me inundaram com um mar delas.

Este trabalho, portanto, teve que ser ressignificado, principalmente no meu interior, em um curto período de tempo. Rever, refletir, desromantizar, a medicina hospitalar e medicina tradicional, buscando - para além da dualidade entre as duas – como estava presentes em minha escrita inicial (que trazia muito da mim e não sobre a pesquisa) – um denominador comum, isto é, uma possibilidade de diálogo entre esses dois tipos de saberes sobre o cuidar da vida.

Ressalto ainda que, esse breve relato não faz um retrato de todas as experiências de parto cesáreo, nem corresponde ao sentimento de nenhuma outra mãe, a não ser essa que aqui escreve, compreendo que a maternidade, parto e puerpério podem ser sentidos – biológica e socialmente - de formas diversas e que cada uma de nós possui uma singularidade (necessidade). Umas se sentem seguras em hospitais, com procedimentos médicos, outras em partos domiciliares, outras na mata, outras com doulas, outras com parteiras, enfermeiras obstetras, entre outras, e cabe, portanto, dizer que o espaço, o modo de parir e de cuidar devem ser respeitados em todas as circunstâncias culturais

Termino essa etapa da escrita pessoal concordando com Badinter (1985, p.01) se referindo ao amor materno e eu me referindo ao parto “[...] como todos os sentimentos humanos, ele varia de acordo com as flutuações socioeconômicas da história”. E por que não dizer flutuações culturais e espaciais?

1.2 OS PASSOS PARA O PROCEDIMENTO DE PESQUISA

Após algumas mudanças, em termo de sujeitas identificadas e apresentadas (a ideia inicial era falar sobre e com parteiras, mas na prática conseguimos falar sobre e com doulas), porém ainda mantendo a ideia central de como e se “existem ainda práticas tradicionais do cuidado feminino de gestação, parto e pós-parto na região dos Campos Gerais?”, buscou-se elaborar e aplicar 02 (dois) formulários *online*, via *google forms*.

Sendo assim, em 2021 foi veiculado um formulário objetivando encontrar mulheres mães que tiveram filhos nos últimos 15 anos (de 2006 a 2021), abarcando a região dos Campos Gerais – Paraná. O principal intuito deste formulário

(Conforme a Figura 01) foi verificar se os cuidados da medicina popular permaneciam ou não nas práticas de cuidado pós-parto, o que por sua vez já nos ajudaria a responder as primeiras inquietações postas na questão central: se existem ainda práticas tradicionais do cuidado feminino de gestação, parto e pós-parto na região dos Campos Gerais.

Figura 01 – Apresentação do formulário online sobre o uso de plantas medicinais no período pós-parto.

Uso de plantas medicinais no período pós-parto

Olá, meu nome é Bruna e este formulário faz parte de uma pesquisa de mestrado realizada no programa de Pós-Graduação em Geografia pela UEPG, onde estamos colhendo dados de mães que tiveram filhos nos últimos 15 anos, nas cidades de Irati, Imbituva e Região dos Campos Gerais Pr. Afim de verificar se os cuidados da Medicina Popular permanecem ou não na sociedade atualmente.

maiores informações : brunasantos603@yahoo.com.br

Desde já agradeço sua contribuição.

E-mail *

E-mail válido

Este formulário está coletando e-mails. [Alterar configurações](#)

Declaro que fui informado(a) que a pesquisa tem como objetivo geral identificar o uso de plantas medicinais nos cuidados pós parto, sabendo disso ajudarei a fornecer dados de grande valia para a construção do trabalho. Minha participação consistirá em responder um questionário por escrito. Entendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa acadêmica, que os dados obtidos não serão divulgados para outros fins, e que nesse caso será preservado o anonimato dos participantes, assegurando assim minha privacidade.

concordo

Adicionar opção ou adicionar "Outro"

Respostas corretas (0 pontos)

Obrigatória

Nome: *

Texto de resposta curta

Idade: *

Texto de resposta curta

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2022.

Este formulário foi aplicado entre 21 de março e 2 de abril de 2021 por meio das redes sociais Facebook e Instagram e foi respondido por 213 mulheres dos Campos Gerais que tiveram filhos/as nos últimos 15 anos e utilizaram plantas medicinais no pós-parto; ao todo foram 13 perguntas. Os dados sistematizados e analisados serão apresentados na primeira seção do Capítulo 3.

No formulário sobre o uso de plantas medicinais no pós parto foram coligidas informações como: local de origem (urbano ou rural); número de gestações (uma, duas, três ou mais); escolaridade das mães; se utilizou plantas medicinais no pós-parto, e se sim, quais; se houve resguardo; se houve restrição alimentar ou sexual; se recebeu orientação para amamentação; se foram cuidadas por outras mulheres; e, por fim, se houve orientação de outras mulheres da família no pós parto, levando-se em conta a máxima de que quando “nasce um bebê, nasce uma mãe”, é um ditame. Tal informação é sintetizado no quadro 01

Quadro 1: Perguntas aplicadas no questionário.

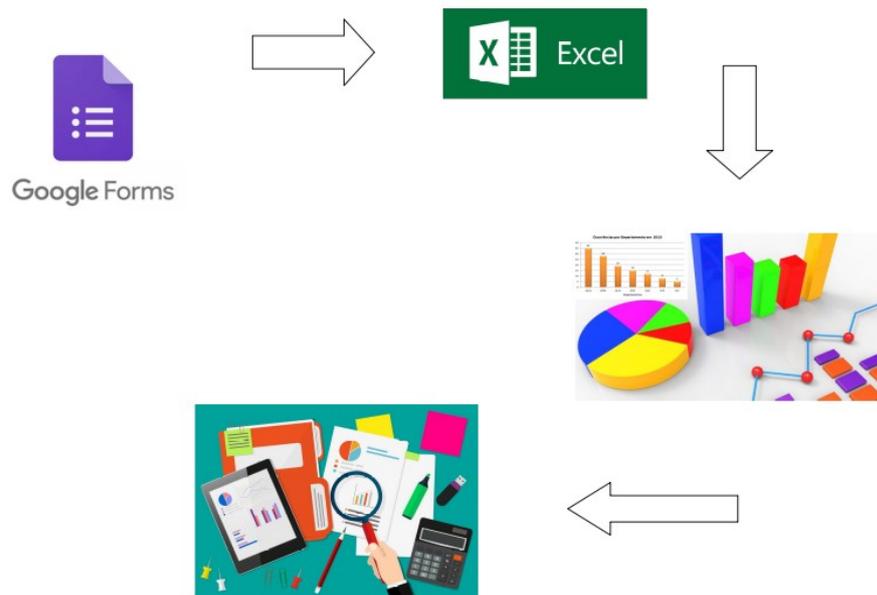
Pergunta	Questão
1, 2, 6	Nome? Idade? Escolaridade?
3, 4	Reside na área rural ou urbana?
5	Quantas gestações?
7	Teve algum cuidado pós-parto com plantas medicinais? (Ex.: chás, banhos, remédios caseiros, fervida/queimada/garrafada)
8	Se sua resposta for SIM para a pergunta anterior, o que você utilizou?
9	Você realizou o “resguardo” de 40 dias ou 41 dias?
10	Se a resposta for SIM para a pergunta anterior, você teve restrições de ordem alimentar ou sexual durante este período?
11	Recebeu alguma orientação para amamentação? (Ex.: Chá para aumento da lactação ou comida específica)
12	Você recebeu algum cuidado de outra mulher no período pós-parto?
13	Em relação aos cuidados pós-parto você recebeu alguma orientação de alguma familiar? (Ex.: mãe, sogra, tia, entre outras)

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2022.

É interessante apontar que a utilização da ferramenta de compartilhamento por meio da rede social Facebook permitiu que um grande número de mulheres tivesse acesso ao questionário, uma vez que o universo de respostas contemplou mulheres entre 18 e 61 anos de idade, que se distribuem espacialmente em mais de dez municípios da região contemplada, em espaços majoritariamente urbanos, questões que serão aprofundadas no capítulo 3.

Para exemplificar de forma didática como se deu o passo a passo para a operacionalização deste trabalho, a figura 02 foi desenvolvida no formato de organograma, onde:

Figura 02 – Operacionalização do processo de análise dos dados.



Fonte: Desenvolvido pela autora, 2022¹.

Com o formulário respondido, as informações foram transcritas em formato de tabela para o *excel*, para descrição estatística dos dados e a construção dos gráficos apresentados nesta dissertação. Com os gráficos sistematizados, foi possível interpretar e discutir sobre essas informações produzidas, à luz dos conceitos e trabalhos científicos que compunham o corpo teórico deste trabalho, conforme o capítulo 3.

A produção e análise deste primeiro formulário corresponde a primeira fase desta pesquisa, onde se buscou entender ‘quais’, ‘como’ e ‘onde’ as práticas tradicionais de cuidado no pós-parto eram realizadas, ou seja, de origem atreladas as ruralidades, nos Campos Gerais, especificamente no que tange à utilização do patrimônio biocultural das plantas medicinais.

1 As imagens são gratuitas e estão disponíveis no site do google, a partir da busca por: formulário google, excel, gráficos e análise.

Já em janeiro de 2022 foi divulgado um segundo formulário, desta vez com o intuito de identificar e entender a percepção das doulas sobre a prática da doulagem, cujo questionário é representado pela figura 03. Tal formulário foi respondido por 9 doulas de 3 regiões do país, sendo o nordeste, sudeste e sul.

Figura 03 – Apresentação do formulário online sobre doulas.

QUESTIONÁRIO SOBRE DOULAS

Olá pessoal, meu nome é Bruna dos Santos sou mestranda do programa de pós graduação em geografia da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA, minha temática de pesquisa se trata de parteiras e doulas.

Acredito que os dados obtidos neste formulário irão possibilitar valorização da prática do ofício da doulagem dentro da academia.

Agradeço a sua colaboração.

Este formulário está coletando automaticamente os e-mails dos usuários do domínio Universidade Estadual de Ponta Grossa. [Alterar configurações](#)

⋮

"Cuidar do espaço físico e espiritual para que cada mulher e cada bebê possa fazer sua jornada, respeitando sua autonomia e poder" @lux.berndt

📄 🗑️ ⋮

⋮



Conforme o comitê de ética os dados obtidos neste formulário aqui serão sigilosos, mantendo a preservação da identidade das entrevistas. Você concorda em participar? *

sim

Nome e Sobrenome (não obrigatório?)

Texto de resposta curta

Fonte: Desenvolvida pela autora, 2022.

A utilização das ferramentas de compartilhamento por meio da rede social Facebook e Whatsapp permitiram a participação de nove mulheres distribuídas espacialmente na região dos Campos Gerais (municípios de Ponta Grossa,

Telêmaco Borba, Ortigueira, Castro), Curitiba, e em outros estados brasileiros (municípios de Diamantina - MG, Varginha - MG, Poções - BA, Itabuna - BA). Os dados apontaram para um público majoritariamente urbano, o que mostra a configuração de uma rede de trocas de plantas medicinais (patrimônio biocultural) e, portanto, dos saberes da medicina popular, de origem rural.

Neste formulário, objetos e ações do cuidado pré e pós parto alternativos e/ou tradicionais caracterizaram aquilo que se pode denominar como o fenômeno da especialização das doulas na região abordada: a origem espacial (urbano ou rural), a idade, a escolaridade, se possuem filhos ou não, se sim, se o parto delas foi com doulas ou sem doulas, o tempo de atuação como doulas, o número de atendimentos realizados, a sua formação, e outras perguntas de cunho aberto que levassem a compreensão de como tais mulheres se veem em suas atuações que abrem-se para hibridismos de práticas (entre a medicina moderna hospitalar e medicina tradicional são alguns aspectos dessa especialização que serão explicados e pormenorizados na segunda seção do capítulo 3.

Em posse dos dados levantados por meio de questionários, houve o tratamento numérico em planilha excel para a descrição estatística e representação em gráficos utilizando-se da própria ferramenta do *google forms* que permite a conversão dos dados em tabelas e gráficos próprios.

Por fim, neste capítulo buscou-se apresentar e discutir os resultados desde um recorte mais objetivo, mas também subjetivo dos dados. A análise do discurso e a compreensão das práticas e sentidos produzidos pelo parto alternativo passou, portanto, por interpretações teóricas e empíricas da realidade, referenciadas pela academia e também pela coletividade organizada e/ou espontânea das doulas, tendo em vista a complexidade de abordagens metodológicas necessárias à explicação e compreensão da realidade, construída no decorrer do processo, o que mostra que não se buscou adaptar à realidade à teoria ou a uma metodologia previamente desenhada.

CAPÍTULO 2 – O OLHAR DA GEOGRAFIA PARA AS PRÁTICAS DO CUIDADO FEMININO E DA GESTAÇÃO: NOVAS PERSPECTIVAS PARA SE ABORDAR O CULTURAL E O CORPO.

Este capítulo explora os caminhos conceituais adotados para sustentar a compreensão do fenômeno de como existem práticas tradicionais do cuidado feminino de gestação, parto e pós-parto na região dos Campos Gerais. Para tanto, uma leitura geográfica crítica, prática e propositiva foi realizada, utilizando-se do pensamento complexo e decolonial na interpretação humanizadora dos saberes de cura e prevenção.

Na primeira seção iremos apresentar possibilidades de leituras geográficas para a compreensão da espacialidade da prática parto domiciliar desde uma perspectiva feminista. Já na segunda seção focamos em como tais práticas tradicionais e de cuidados femininos envolvidos no processo gravídico podem produzir reinterpretções das ruralidades por sujeitos híbridos, a exemplo das doulas e simpatizantes.

2.1 A PERSPECTIVA GEOGRÁFICA DO PARTO DOMICILIAR COMO PRÁTICA FEMINISTA.

Nesta seção refletiremos sobre o parto domiciliar como uma prática essencialmente feminista e alguns diálogos possíveis a partir da geografia. Observa-se por meio de tal prática a forte resignificação de um ofício que é realizado especialmente por mulheres, bem como a valorização de um saber também específico sobre o nascer, sobre o sentir e, portanto, sobre o corpo; o parto no âmbito domiciliar pode ser, então, discutido como uma prática feminista.

Conforme as geógrafas Carolina Simon e Bruna Borsoi (2022) os feminismos², a luta, o movimento social e uma ciência crítica são movimentos necessários para a promoção de uma saúde mais igualitária e digna. Identificamos aqui uma análise atrelada às feminilidades por entender que a “corporeidade masculina, principalmente branca, é um traço de opressão histórica para todo os

2 Quando o feminismo estiver em plural “feminismos”, refere-se a um momento de compreensão deste movimento como plural e múltiplo, tendo ramificações como o feminismo comunitário ou indígena, feminismo negro, feminismo marxista etc.

outros corpos, principalmente os não masculinizados” (SIMON; BORSOI, 2022, p. 50).

As geógrafas ainda complementam a importância de uma análise feminista sobre a saúde ao evidenciarem o campo de produção e disputa de sentidos sobre o mundo enquanto processo social de luta pelo reconhecimento das diferenças que coadunam em reivindicações pelo direito a existência e a vida, sobretudo nas camadas mais pobres da população, aquelas que mais vivenciam as desigualdades sociais.

Quando falamos em acesso a bens e serviços públicos coletivos, como saúde, educação, cultura etc., as mulheres possuem acesso restrito, em especial quando marcadores de raça, classe e moradia (rural-urbano) entram em questão.

Andrada (2018) indica que, apesar do esforço de diversas entidades e do movimento feminista, para que sejam erradicados os casos de violência contra as mulheres, são crescentes os números de casos de violência simbólica e física que incidem sobre as mulheres em suas mais variadas manifestações na esfera da vida social e um dos exemplos que a autora apresenta é o caso da violência obstétrica. Para a autora, neste momento, para além da romantização do tema, como simpatizante do movimento social emergente entre as mulheres, devemos pensar de forma crítica, abordando questões voltadas aos direitos sexuais e reprodutivos, abrangendo realidades além do íntimo e do privado, afetando a saúde da mulher parturiente e do feto.

Quando refletimos sobre estudo de caso de Andrada (2018) acerca do espaço hospitalar como produtor de violência para as mulheres podemos considerar que este espaço institui uma normativa de controle dos corpos gravídicos; o espaço hospitalar e seus atores são transformados em representante “legal” do objeto de saber da obstetrícia e da criança; “qualificado para estar ali”, o médico atua a partir de um campo de poder que enuncia um discurso hegemônico que concatena expressões de gênero (masculino), de um conjunto de leis (o Estado) e de um saber (o científico moderno), subalternizando as expressões femininas nesses espaços masculinizados.

O hospital como um agente social moderno que possui uma espacialidade reproduz violências sociais contra as mulheres no âmbito do saber: uma violência

simbólica pelo fato de não permitir a representatividade da diferença de sentidos e de corpos. Além dos grávidos, outros corpos que figuram com marcadores de gênero e de categoria social também são violentados, a exemplos das parteiras, que emergem nos últimos dez anos com sujeitas sociais e que reivindicam o direito de agir sobre o parto, mas que com a modernidade tiveram seus lugares e espaços ameaçados pelo modelo sexista e patriarcal ocupando espaços científicos, hospitalares e de conhecimentos técnicos.

Vale ressaltar que nossa visão de mundo não é universal, essencialista. Não todos os homens são agentes reprodutores dessa violência, assim como existem muitas mulheres que reafirmam o machismo e o patriarcado produzindo violência de gênero; ademais nem toda mulher que passa pela experiência do parto hospitalar convencional, seja enquanto corpo grávido ou enquanto membro da equipe médica, se sentirá subjugada. Todavia, também se faz necessário indicar que estamos falando de uma violência estrutural³, isto é, que não pode ser entendido senão pelas contradições inerentes ao campo da produção do saber (dos imaginários) sobre a materialidade, sobre os corpos e sobre as subjetividades dentro do capitalismo e da ideologia hegemônica do patriarcado.

Antagonicamente, os relatos de nascimentos “alternativos”, seja por opção política ou por necessidade, dão-se majoritariamente em um espaço escolhido pela mãe, onde há acompanhamento; os partos normalmente são realizados por mulheres, sejam elas parteiras, doulas, enfermeiras obstétricas etc., indicando uma prática que, diferente da medicina moderna, tenta combinar elementos da medicina holística e natural, juntamente com os saberes da mulher parteira tradicional, entendido aqui como saber patrimonial do mundo rural, histórica e territorialmente arraigado.

Cassiano *et al* (2016) nos chama atenção sobre a espacialidade da prática do parto cesáreo, sendo este representado pelo ambiente hospitalar sob a responsabilidade médica. Para a autora, neste espaço há o avanço no que diz respeito ao controle e redução da mortalidade materna e fetal. Porém, há

³ Falamos então de uma estrutura material e simbolicamente coesa, mas que vem sofrendo inúmeras rupturas e desencaixes pela própria forma como ela produz as mesmas contradições: a coesão estrutural produzida pela ideologia do patriarcado e da ciência no capitalismo exige uma coerção das partes constituintes, que por sua vez produz uma força contrária discordante (desarticuladora e desarmônica) das partes, produzindo rupturas.

insatisfação feminina em relação à assistência humanizada e a promoção da autonomia sobre seu próprio corpo, desta forma, faz-se necessário um olhar crítico-reflexivo sobre esta violência institucionalizada praticada contra os princípios e desejos de muitas parturientes que não têm opções a não ser se submeterem a tais espaços de poder.

As colonialidades do corpo e da mente, reflexo da hegemonia do imaginário de modernidade em sociedades periféricas, são expressões da dominação cultural ocidental sobre outras formas de ser (ontologias) e de saber (epistemologias) sobre a vida, o nascimento os corpos, as sexualidades. Sendo assim, consideramos que:

As mulheres estão em uma dupla relação de poder, como pacientes e como pessoas do sexo feminino, a qual soma-se a discriminação racial, socioeconômica e a tolerância da violência como uma prática que dispensa a impunidade daqueles que à cometem (CASSIANO, *et al*, 2016, p. 472).

Segundo o geógrafo Ricardo Dantas (2021) em entrevista concedida ao *Site Outras Palavras*, na categoria intitulada *Outra Saúde*, aponta a existência do G100, grupo que reúne os 112 municípios brasileiros com mais de 80 mil habitantes, que somam ao seu grande porte populacional, uma alta vulnerabilidade socioeconômica, muitos com déficit preocupante de serviços públicos básicos.

De acordo com o *entrevistado*, o grupo é um reflexo da complexidade da política de saúde nacional (SUS - Sistema Único de Saúde), na qual – de acordo com resultados do no que tange à distribuição dos serviços e recursos no país, o que implica nos problemas enfrentados pelas populações ao acesso dos mesmos. Para o geógrafo é importante entendermos sobre os deslocamentos que as pessoas precisam fazer para terem acesso digno a um direito básico de saúde pública e de qualidade, chamando nossa atenção para observar como é grande a concentração da oferta de serviços públicos de saúde, sobretudo os especializados, nas capitais e nas cidades urbanas.

Um paralelo de tais considerações acerca da geografia das políticas públicas de saúde e do acesso a elas pode ser feito quanto ao parto e ao feminismo e a condição social dessas mulheres: podemos identificar de forma material, que onde há ausência ou inoperância de serviços de saúde e infraestrutura adequada, existe

uma rede de apoio e cuidado feminino, onde as mulheres se fazem presentes durante o processo da gravidez e parto.

Para Fonseca, Evaristo e Bomfim (2019), é na metade do século XIX, com o aparecimento da obstetrícia como área técnica e do conhecimento que as mulheres e seus saberes empíricos perdem seu espaço. É neste momento então, que reconhecemos o início de uma readaptação de práticas e de valores no que diz respeito ao processo de nascimento.

Ainda de acordo com as autoras é neste período que uma disputa intensa entre médicos e parteiras se inicia (FONSECA; EVARISTO; BOMFIM, 2019). O resultado dessa disputa nós conhecemos na prática, as parteiras, as mulheres perdem sua posição social de saber e de orientação sobre a arte e ofício de auxiliar no parto e no nascimento.

A assistência à mulher durante o período gravídico puerperal no Brasil ainda está centrada no modelo biomédico, que trata o ser humano de forma fragmentada, o que tem colaborado para a conservação e ou aumento do número de métodos invasivos e intervencionistas durante o trabalho de parto e nascimento, algumas vezes de maneira desnecessária e sem a participação da mulher e ou família. Contudo, atualmente, têm surgido diversos movimentos voltados para assistência humanizada e holística em que se analisa o ser humano como principal sujeito do seu corpo e vida e não apenas simples artifício que responde passivamente às autorizações de quem seguram o poder do saber, sem qualquer questionamento (FONSECA; EVARISTO; BOMFIM, 2019, p. 84).

No texto *Geografia da mortalidade infantil do Brasil: variações espaciais e desigualdades territoriais*, Faria (2016) indica que a geografia da saúde ainda se concentra fortemente em compreender os processos de doença, o que por sua vez avança na concepção de uma geografia para a superação das causalidades; todavia, ainda se faz importante e necessário uma geografia pautada em avançar na análise e proposição no que tange a saúde de grupos marginalizados específicos, como os idosos, as crianças, jovens, adolescentes, mulheres, mães, portadores de necessidades especiais, etc.

Para o autor, neste sentido a geografia só tem a contribuir com um olhar mais atento à dimensão relacional do território, pois “qualquer equivalência que se queira estabelecer só pode ser feita em relação ao próprio território ou à própria realidade territorial” (FARIA, 2016, p. 613). Sendo assim, os fenômenos, ainda que

em espacialidades próprias e distintas, só podem ser compreendidos a partir do seu processo relacional, pois o outro, ou o modelo, se dá sempre a partir de um ponto de referência.

Clarindo e Nabozny (2022) tratam de *abordagens outras*, capazes de ir além o conteúdo das relações sociais, e para apreender as formas de sua objetivação; isso produz um resultado “alternativo” à abordagem clássica em que a relacionalidade produz forma e conforma o conteúdo. Especificamente, os autores falam de uma abordagem complexa para a geografia (particularmente da saúde), que se mostre alternativa às análises do processo saúde-doença. De acordo com os autores majoritariamente as análises geográficas focam no processo de doenças, em especial a dengue, mas deixam de lado seu par oposto: as práticas (forma e conteúdo) de saúde.

Sendo assim, a partir do levantamento já realizado pelos autores mencionados, existe uma lacuna na geografia no que diz respeito a uma forte ausência de pesquisas que incorporem as vozes e os saberes de comunidades tradicionais na sua relacionalidade com outras epistemologias e ontoterritorialidades, pois grande parte da geografia da saúde foca sua produção em ditames da saúde via uma perspectiva moderna e colonial, na qual aqueles saberes protagonizados por mulheres que “[...] não aparecem nos debates acadêmicos/científicos com a frequência que deveriam” (CLARINDO; NABOZNY, 2022, p. 23).

Pensando na espacialidade e temporalidade do parto, isto é, nos diversos espaços que emergem do relacionamento de mulheres envolvidas nesse processo, identificamos territórios de saberes e práticas que disputam espaços de representação, isto é, na visibilização de sujeitos de direitos que se contrapõem a um território de saber hegemônico. Serão as parteiras e doulas que criam um ambiente para a mulher grávida como sujeito ativo do parto, conectando conhecimentos oriundos de diversas territorialidades e temporalidades, ou seriam os homens, médicos obstetras, que pelo conhecimento técnico e científico transformam o corpo gravídico em um objeto para ser manuseado sobre seu controle e suas intervenções?

Em termos críticos, é reconhecendo esses desafios e limitações paradigmáticas que a geografia poderá evidenciar à sociedade a necessidade de reconhecer territórios alternativos que emergem do processo de disputa pela legitimação de formas de saber e praticar a saúde, permitindo que a sociedade demande do poder público “criar políticas condizentes com a realidade territorial, evitando os discursos demasiadamente generalizantes sobre os avanços sociais recentes das ações de vigilância e controle” (FARIA, 2016, p. 616), em que pese os avanços da medicina moderna, em especial no combate à mortalidade materna e infantil.

Não obstante a inegável contribuição da medicina para a superação das mazelas sociais, é necessário entender que nesse campo de produção do saber sobre o cuidar e sanar, estão envolvidos inúmeros atores econômicos que imprimem à ciência seu contrapeso tecnológico associado à dinâmica do mercado industrial global: vale mais que um saber-fazer efetivo da cura e diagnóstico uma máquina que possa rentabilizar o diagnóstico e a cura.

Desta forma, não basta pensarmos no combate elementar que é “não morrer” dentro de um sistema cuja finalidade é a reprodução dos meios e não dos fins; não obstante, não se trata de apenas deixar de morrer, é preciso que o nascimento e a arte de dar à luz e de partear tenham qualidade, seja uma experiência afetiva única e saudosa, e não que se torne traumática. É preciso oferecer, e cabe a geografia ter um comprometimento com isso, uma qualidade na relação do cuidar, tanto para a criança, para a mãe, como para as pessoas envolvidas na rede do parto, para que tal experiência não seja marcada e atrelada a uma espacialidade produzida por outras intencionalidades que não a reprodução da vida pela vida, e não a vida pela mais-valia.

Apoiando-nos na obra *Geografias Subversivas* (2009), emprestamos este termo para abordar essa temática, ou seja, as narrativas negligenciadas aos olhos da geografia que pertencem às parteiras, algumas vezes tidas como “comadres”, “mãe de umbigo”, “bruxas”, outras vezes como portadoras de um “dom”. Em outros termos, às mulheres cujos saberes remontam a uma ancestralidade que não pode ser traduzida apenas pelo registro de suas técnicas, mas sim, por sua ligação com o sagrado, com o “divino”, na potencialidade do parir enquanto um fenômeno e um

processo que implica a sensibilização de corpos pelo ato de cuidar, que é um ato de doação.

No primeiro momento trazemos a reflexão sobre o ofício do saber partejar, sendo esse um conhecimento substancialmente feminino e que tem no parto domiciliar uma ação feminista, seja pelo ato do ofício, seja pela subversão atinente ao reconhecimento do corpo gravídico como contraponto crítico ao saber dito moderno. Esboçamos, ainda, a luta feminista pela assistência ao parto, principalmente das mulheres pobres, já que esta é parte dos direitos femininos: corroborando com Vieira (2002), lembramos que o corpo feminino é objeto de intervenção dentro de uma ideologia sexista. Assim, cruzam-se questões relativas ao colonialismo do saber e de identificação às demandas assentes nas desigualdades entre classes sociais.

Silva (2009, p. 26) ao discorrer sobre as geografias feministas nos alerta para as temáticas negligenciadas pelo saber científico hegemônico, bem como, para o desafio das (os) geógrafas (os) em abraçar sujeitos e narrativas que estão fora dessa produção da “universalidade do saber geográfico”.

Em sua obra, a autora nos deixa sobre avisados ao fato de sermos herdeiros de um modelo científico eurocêntrico e heteronormativo, bem como, é enfática na importância de desconstruirmos tais barreiras propondo novas discussões geográficas, a exemplo da própria geografia da saúde, sobretudo, a partir de um olhar feminista.

No escopo da historiografia geográfica silenciada encontramos a invisibilidade das parteiras rurais tradicionais⁴. No *hall* das discussões de caráter subversivo, emprestando o termo aqui de Silva (2009) figuram as invisibilidades geográficas que anunciam, por outro lado, o envolvimento das feministas na geografia a partir das diretrizes de humanização do parto e que vão ao encontro de denúncias trazidas por sujeitos subalternos. Seria isso uma impossibilidade de uma abordagem geográfica, ou um certo desinteresse acadêmico e até descaso para com essas questões?! Seriam essas questões não meritórias de se tornarem um objeto de saber dentro da

4 Destacamos, também, que ao realizar uma busca na Revista Latino-Americana de Geografia e Gênero, que é uma revista aberta às temáticas desprezadas pelo campo geográfico considerado tradicional, encontramos apenas um artigo com a palavra Parteira. Se trata do artigo “A vida das mulheres Parteiras Ribeirinhas: Experiências a partir do Trabalho de Campo de Vilas Bôas et al (2017), que trata sobre os atendimentos psicológicos as mulheres de Calama, Porto velho Rondônia e o resgate do saber das parteiras como algo de muito valor simbólico afetivo dos momentos de parto.

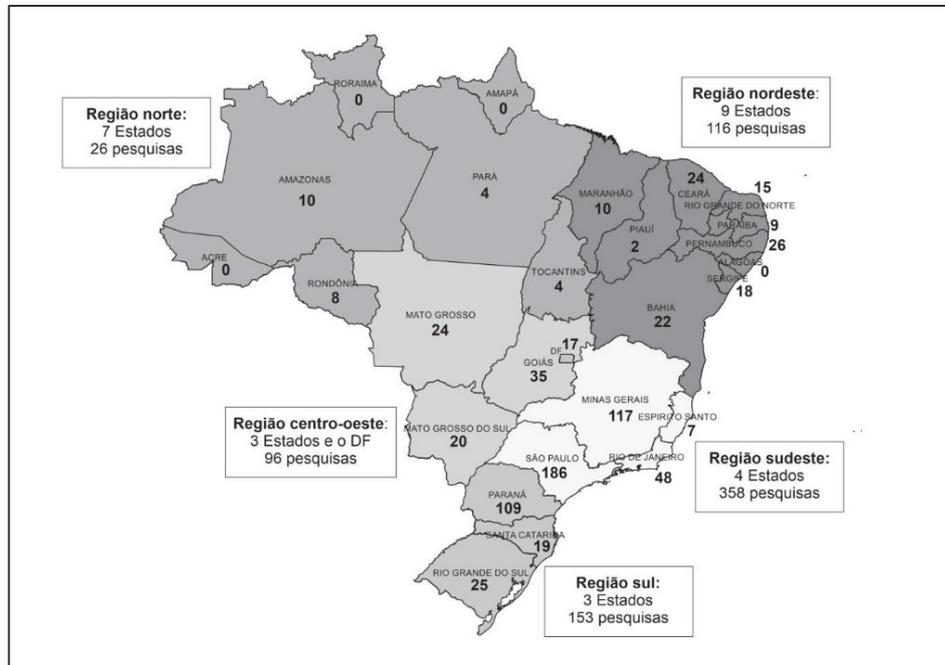
geografia? Disso decorre outra questão: do que é importante (central) na pesquisa geográfica atual, isto é, por que um tema tem mais atenção na comunidade acadêmica que outro?

Um paralelo é possível de ser feito a partir do diálogo entre as geografias feministas e as geografias da saúde, mas mesmo dentro dessas áreas não hegemônicas é possível verificar hierarquias e marginalizações em suas escolhas.

No levantamento realizado por Clarindo e Nabozny (2022), foi analisado o número de teses e dissertações da geografia relacionadas ao tema da saúde, indicando que a maioria desses trabalhos são proveniente das regiões sudeste e sul, totalizando quase 70% de todas as produções. Essa regionalização poderia ser explicada em termos de recursos destinados às grandes universidades? Seriam essas universidades realmente representativas das questões do parto tradicional e da dinâmica do rural, tendo-se em vista que esses centros de produção do saber estão muitas vezes em regiões e realidades socioeconômicas e culturais (urbanas) muito diferentes da realidade vividas pelos sujeitos da medicina popular e do parto alternativo? Ora, geograficamente, evidenciamos uma questão da colonialidade do poder entre universidades e regiões na apropriação de temas e objetos de saber.

No cartograma (figura 04), elaborado pelos autores, é possível visualizar a distribuição geográfica de teses e dissertações relativas ao tema da saúde.

Figura 04 - Distribuição de teses e dissertações relacionadas ao tema: saúde, doença, médicas (os) e medicina na Geografia.



Fonte: Clarinho, Nabozny, 2022.

Interpretando os números e sua distribuição geográfica, é possível trazer à luz essa questão sobre a colonialidade do poder entre universidades na apropriação de temáticas muito distantes de suas realidades, crítica que é também interna ao grupos que pesquisam as questões femininas no campo da geografia, e no , ou no campo da geografia da saúde; especificamente no que tange ao parto em suas múltiplas possibilidades, a geografia da saúde não tem dado merecido destaque ao tema, conferindo-lhe um não-lugar; essa invisibilidade pode ser produto portanto, de um duplo desvio da prática científica institucionalizada: por um lado, o reconhecimento ou não dessa temática permeia o jogo de legitimação dos objetos de saber nas instâncias superiores onde são decididos os destinos de recursos de pesquisa para determinados assuntos de interesse do Estado, do mercado e/ou da sociedade civil organizada; por outro lado, dentro das subáreas geográficas que tratam da saúde e do feminino, um direcionamento para questões que não estão no rural e no saber popular.

É interessante apontar, por outro lado, que na lógica da produção social do conhecimento, o parto realizado por parteiras (locais/tradicionais/rurais), por mais que não se apresente ou seja reconhecido pelo termo, é apropriado por novos sujeitos como parto humanizado, citamos as organizações e movimentos sociais cuja práxis será detalhada mais adiante. Por ora, podemos nos adiantar e dizer que o jogo da produção social do conhecimento não se faz exclusivamente desde cima, ou seja, das universidades e laboratórios ou das demandas do mercado.

Voltando à historização da apropriação social do parto, temos que até meados do século XIX o parto era um evento domiciliar, feminino e, depois desse período, passa a ser um “assunto médico, e, como tal, alvo de processos de normatização, registro e de formação, marcado pela crescente hospitalização” (TORNQUIST, 2005, p. 63).

De modo simplificado, podemos dizer que parteiras eram/são mulheres que auxiliam outras mulheres a parir. Elas realizam o ato/arte de partejar, seja pela necessidade resultante da precarização da saúde pública, seja pelo reconhecimento que possuem dentro de suas localidades, comunidades ou ainda dentro do seu próprio grupo. Há, ainda, o surgimento de novas figuras profissionais como a doula e a enfermeira obstetra.

No trabalho de Santos (2018), ao fazer uma análise com enfoque de gênero sobre o programa trabalhando com parteiras tradicionais, de 2000 a 2010, a pesquisadora aponta que no momento do parto, outros atores sociais importantes se fazem presentes, e suas convicções e práticas são influenciadas não apenas pela sua formação (ou não formação acadêmica), mas também por questões de identificação com as raízes culturais (regionais) e sociais (os excluídos do rural e do urbano) desse ofício tradicional.

Ao pensarmos no parto domiciliar, tendo principalmente a presença de outras mulheres como sujeitas sociais, o universo que faz parte de tais práticas é vinculado aos saberes e práticas tradicionais, o que por sua vez é visto como um reconhecimento de ruralidades ainda presentes, o que não necessariamente quer dizer que tal parto se dê apenas em áreas rurais.

É justamente o contrário, as ruralidades presentes em partos domiciliares e tradicionais podem representar uma resistência frente a modernidade hospitalar,

indo além da questão do acesso ao serviço obstétrico e pós-natal, tendo forte ligação com uma forma específica de conviver com a natureza (ou querer reproduzir certas especificidades do espaço rural) associadas às técnicas tradicionais. Tal trabalho de reprodução biocultural, indica uma forma de revalorização social do papel da mulher como agente (re)subjativador do conhecimento histórico e territorialmente arraigado no rural, enquanto sinônimo de relações mais estáveis e intensas com outros seres vivos e coisas; essa particularidade desvela a busca por uma ressignificação de um saber ecológico - que busca reconectar mente, corpo, ambiente e social -, cada vez mais obliterado das relações sociais na modernidade.

Assim sendo, as desigualdades em saúde reprodutiva são profundamente afetadas pela qualidade e alcance dos sistemas de saúde, bem como pela desigualdade de gênero, que é um aspecto resultante, que pode ter grande impacto no grau de controle que uma mulher tem sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Como norteadores do enfoque de gênero, os direitos reprodutivos constituem-se por princípios e normas de direitos humanos das mulheres, garantindo o exercício individual, livre e responsável da sexualidade e autonomia reprodutiva, sem discriminação, coerção ou violência, é, portanto, um direito, em que a integralidade e a promoção da saúde nas políticas públicas vinculam-se diretamente com os direitos das mulheres (SANTOS, 2018, p. 12)

Quando evidenciamos o espaço hospitalar como o reprodutor de uma violência sistêmica contra as mulheres, espaço esse que é organizado e controlado majoritariamente por homens brancos, observamos que estudos como o de Santos (2018) demonstram como muitos procedimentos e intervenções excessivas passam a ser usados de forma rotineira, o que por sua vez acentua as estruturas de poder implícitas nas práticas hegemônicas médico-hospitalar e farmacêutica, cujos princípios de tratamento e diagnóstico de doenças e sintomas tem origem na objetivação do corpo descontextualizado do social e do ambiental.

No estudo de Santos (2018) são indicadas violências como: o uso de ocitocina artificial, conhecido como um medicamento que estimula as contrações, o que vai na contramão do respeito ao tempo natural de um parto, bem como a separação do bebê de sua mãe logo após o nascimento, não respeitando as emoções e necessidades de ambos, em especial da mãe, além de práticas como a episiotomia, que é uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto.

Já para Silva *et al* (2018) tais violências são identificadas como agressão obstétrica, o que caracteriza tais ações como uma questão de saúde pública, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS). Para a autora, no Brasil utiliza-se o termo para descrever as múltiplas formas de violências que ocorrem na assistência à gravidez, no parto e pós-parto, bem como em processos de abortamento.

A violência obstétrica, como reflexo da objetivação da vida pela medicina e ciência modernas, traz como pano de fundo a questão da autonomia e diálogo com o paciente no processo decisório sobre as formas de intervenção sobre o corpo do outro. Nessa esteira de deslegitimação da capacidade decisória da mulher sobre seu corpo, isto é, da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, Silva *et al* (2018) é enfática ao dizer que a violência obstétrica se desenvolve junto a

[...] apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais (SILVA *et al*, 2018, p. 208)

A esse processo de deslegitimação da autonomia da mulher em relação ao seu corpo acrescentamos, que resulta da perda de autonomia e, conforme Muniz e Silva (2016) o desuso e deslegitimação de uma prática humanizadora de partos e de cuidados do recém-nascido também significa a perda da identidade cultural e a desvalorização de saberes rurais e tradicionais, a exemplo de benzedeadas e parteiras com seus saberes e conhecimentos de ervas com o fim medicinal. Tal perda e valorização cultural se dá em detrimento do avanço e da sobrevalorização da medicina moderna e hospitalar.

Ao pensar na forma como os saberes tradicionais são transmitidos, comumente pela oralidade, reconhecemos a relação interconexa entre sociedade e natureza: nas narrativas das parteiras é colocado em cena a história das comunidades em suas relações de solidariedade. Pontuamos que a história oral é tão importante quanto qualquer história escrita sistematizada; além de contextualizar esse conhecimento a uma região e espaço rurais, tais narrativas reforçam as identidades sociais, em outros espaços sociais, seja nos bairros urbanos desassistidos de serviços públicos, seja nos espaços de representação política

formal quando os sujeitos do parto tradicional e alternativo se organizam para o reconhecimento de seu ofício.

Para os autores citados acima as práticas de parteiragens e de benzimentos estão fadadas cada vez mais ao desuso quando não estão sendo narrados e incorporados aos discursos de organização sociais, tendo em vista o desleal e complexo jogo de poder ao qual estão submetidas tais experiências, o que por sua vez nos atenta a ao jogo de invisibilização social do patrimônio biocultural frente a cultura de massa dominante (MUNIZ; SILVA, 2016).

Segundo Oliveira, Peralta e Souza (2019) a única forma de resistir a este desleal embate é a ressignificação do papel das parteiras dentro de um contexto de reivindicações sociais pelo reconhecimento dos direitos de se praticar esse ofício dentro e fora das estruturas institucionalizadas de poder.

Além disso, os autores destacam a atuação presente e constante de parteiras em áreas rurais desassistidas de políticas públicas de sistemas de saúde. Isto revela que a utilização da saúde pública ocorre de forma desigual e que no cotidiano das regiões rurais o parto tradicional mostra-se como um serviço em localidades mais distantes de centros urbanos. Essas localidades distantes se pautam em uma organização social e espacial diferente das cidades, onde a rede de parentesco e reciprocidade ainda organizam fortemente tais laços.

Para os autores, as parteiras não perderam seu papel simbólico de enredar o social e o ambiental ao corpo feminino, em que pese as inúmeras iniciativas públicas em “adequar” – ou domar, porque não - esse ofício aos ditames de uma obstetrícia e enfermagem hegemônicas:

Análises históricas do partejar têm mostrado um panorama de paulatina apropriação masculina do parto (Cahill, 2001; Mott, 2002) e da posição e pouca importância dada à experiência das mulheres no sistema de atendimento ao parto, grosso modo, como um reflexo de sua posição social. A parteira, ao longo do tempo histórico, foi tendo seu saber subordinado à medicina e as mulheres conhecedoras do ofício foram aos poucos sendo ‘capacitadas’, tal como demonstra Tornquist (2005) por meio de cursos rápidos nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Bahia, a partir de 1832. A tecnificação, no entanto, teve uma crescente difusão na formação de enfermeiras obstetrias e, recentemente, no retorno dos atendimentos domiciliares e hospitalares com as doulas. A diferença entre essas é a ‘qualificação’ seguindo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OLIVEIRA; PERALTA; SOUZA, 2019, p. 81).

Para Diniz (2005, p. 628), “oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto”. A autora nos revela que o movimento feminista em prol da assistência ao parto teve início já na década de 1950, entendendo esta como uma ação dos direitos humanos, reprodutivos e sexuais das mulheres. Segundo ela:

O feminismo, em suas muitas versões, tem um papel central, desde o movimento de usuárias pela Reforma no Parto, nos EUA na década de 1950, e nas décadas de 1960 e 1970, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres (BWHBC, 1998). Posteriormente, as feministas reescrevem a assistência a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humano (DINIZ, 2005, p. 629).

Nesse aspecto, voltando à questão do silenciamento de algumas temáticas dentro do conhecimento geográfico, podemos trazer à tona essa reflexão sobre o negligenciamento pela geografia e dentro mesmo da própria geografia da saúde e da geografia feminista, evidenciando, assim, a necessidade de se pensar as parteiras, as performances do corpo durante o parto, os cuidados femininos dedicados durante tais processos, bem como refletir sobre o parto humanizado como sendo uma prática feminista de emancipação do corpo gravídico em relação às intervenções objetivadoras da medicina moderna.

Como nos sugerem Silva, Ornat e Chimin Junior (2017), podemos reconhecer nessa ciência de assistência ao parto que a ação das mulheres envolvidas, isto é, a maneira cultural de cuidar uma das outras e os instrumentos, sejam eles advindos da tecnificação ou do saber popular, são epistemologias plausíveis de serem investigadas.

Apenas quando reconhecemos que uma ciência se estrutura pela ação de pessoas, de seus instrumentos de pesquisa, ideologias, culturas, e assim por diante, é que podemos conceber que existem muitas formas de conhecimento e, sendo assim, é possível afirmar que há muitas epistemologias possíveis no processo de pesquisa, ou ‘na ação de conhecer’ (SILVA; ORNAT; CHIMIN JUNIOR, 2017, p. 13).

Silva (2009) traz uma sistematização relevante sobre a forma dualista em que o conhecimento científico é estruturado. De um lado, a masculinidade é

identificada por adjetivos tidos como importantes, racionais justificando, portanto, sua condição de poder. Do outro, o ser feminino como submisso, próximo ao natural no sentido pejorativo, e, portanto, não aptas a estarem no centro de discussões científicas.

Como aponta Silva (2009), as características socialmente atribuídas aos homens são consideradas como superiores às femininas. A associação da identidade feminina à casa, à fragilidade e à emoção, bem como, a discussão de que as mulheres estão “à mercê do corpo” (SILVA, 2009, p. 31) automaticamente colocam tais existências em posição de debilidade frente à definição racional e de força do seu oposto masculino. Nesse sentido, a autora é enfática no apontamento de que o movimento feminista que surge na geografia tem por finalidade última a investigação de tais relações, bem como, garantir visibilidade às vozes negligenciadas.

Nessa perspectiva é que compreendemos o papel do feminismo na assistência ao parto, ou seja, nesse horizonte que vislumbra a potência feminina durante os processos de gestação e parto. A imanência do senti-pensar feminino em contraposição à transcendência que caracteriza o pensamento hegemônico masculino, o agir de acordo com a nossa natureza, o ouvir a nossa emoção e deixá-la tomar posse da performance do nosso corpo no momento de parir, a fragilidade e força, concomitantes no momento do nascimento e diante da vida, estando em nosso espaço privado do lar - e também em outros espaços (como no interior de uma mata, em um rio, numa banheira, e mesmo dentro do próprio hospital, quando permitido), dentro da nossa mais profunda intimidade, tornando o parir um ato político, emancipatório dos domínios do saber “científico”.

Colocando em outras palavras, libertar-se daquele saber colonizador científico dentro dos moldes de poder nos quais estamos inseridas. Tais ponderações nos trazem novamente ao encontro das parteiras e das doulas. Quando observadas pelo conhecimento científico vigente e pela normatização oficial compreende-se: “O parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais, muitas vezes em condições precárias, sem nenhum preparo e supervisão do Sistema de Saúde, tem sido a realidade. Essa assistência deve ser melhorada” (BRASIL, 1996, p. 9).

Ora, mesmo a OMS reconhecendo a assistência prestada pelas parteiras tradicionais, a organização as relega a um papel subalterno. Ou seja, essas mulheres são inescusáveis em lugares onde há lacunas deixadas pela saúde pública, mas, em contrapartida, consideram a necessidade de serem treinadas pelo órgão oficial de saúde, obedecendo aos critérios de registro e técnica, características vinculadas ao imaginário e espacialidade moderna.

Reconhecendo uma incumbência perante a produção de conhecimento, o qual deve ser expandido e transparente, me coloco como mãe, pesquisadora, como uma mulher que ouve outras mulheres e suas experiências de parto, suas experiências de cuidado entre si e tomo para minha escuta essas novas epistemologias feministas possíveis de serem abordadas no campo geográfico.

Entendemos que essas relações do modo de nascer, sejam pelas práticas médicas, sejam pelas práticas das parteiras tradicionais, doulas, enfermeiras obstetras, estão formadas em relação de poder, e, como tal, entendido como direito da mulher. Cabe frisar que não estamos fazendo juízo de valor sobre os modos de parir/partear, mas, sim, enfatizando a necessidade de reconhecer e valorizar esses outros saberes no campo da geografia.

2.2 OFÍCIOS TRADICIONAIS E PRÁTICAS DE CUIDADOS FEMININOS: O RURAL RESSIGNIFICADO PELAS DOULAS E SIMPATIZANTES.

O espaço rural comporta contradições que refletem o processo de formação socioespacial de uma região atravessada por dinâmicas socioeconômicas inerentes à territorialização do modo de produção capitalista. Não obstante, um elemento permanece presente nas transformações socioespaciais, sejam elas em espaços tidos como urbanos ou rurais, estamos falando da ruralidade.

Fio condutor das relações sociais cotidianas, a ruralidade enquanto expressão cultural é responsável por dar sentidos às práticas compartilhadas por diversas categorias sociais que compõem a estrutura societária da região. Sendo assim, as ruralidades não estão limitadas ao espaço rural, elas podem ser praticadas e vivenciadas no espaço urbano, tendo em vista seu caráter de resistência e adaptação frente projeto de modernização das regiões, entendendo

como tal o fenômeno de instauração da urbanidade como resultado do processo de desenvolvimento de uma sociedade.

Soares, Moraes e Toledo (2020) evidenciam a relação entre as desigualdades sociais no Brasil e a transformação do espaço rural de uma região. De acordo aos autores esse processo correlato de produção de desigualdades sociais e transformação do espaço rural apontam para um projeto estruturante de desenvolvimento econômico regional imposto pelo Estado, em que a centralização da infraestrutura e serviços produtivos eram direcionados pelo planejamento espacial da região em polos de industrialização e urbanização.

Desse processo de formação socioespacial de desigualdades regionais, os autores discorrem sobre as implicações na vida dos habitantes dos espaços rurais, relegadas ao esquecimento e descaso por parte do poder público, sem acesso a equipamentos de segurança, saúde, lazer, educação, etc. Para tanto, os autores ressaltam a importância de políticas de desenvolvimento territorial que contemplem as populações do campo, floresta e águas, também denominadas “população rural”, que:

São todas as identidades rurais cujos modos de vida têm profunda relação com o primeiro setor, a exemplo dos camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados e acampados, comunidades de quilombos, populações que habitam ou usam reservas extrativistas, populações ribeirinhas, populações atingidas por barragens e outras comunidades tradicionais, conforme enumera a Portaria no 2.866, de 2 de dezembro de 2011 (SOARES; MORAES; TOLEDO, 2020, p. 2).

Os autores ainda nos dão suporte para pensar as ruralidades como uma instância em transformação constante, ao que chamam de processo de ressignificações do rural. Pela sua complexidade (heterogeneidade) socioterritorial, o espaço rural apresentou resistências às políticas desenvolvimentistas de outrora, que via o de espaço rural associado ao atraso das estruturas fundiárias e econômica (baixa produtividade) e tenderia, portanto, a um desaparecimento; e assim, as políticas de urbanização e de modernização da infraestrutura produtiva desses espaços deveriam acelerar o processo a fim de eliminar as desigualdades entre as regiões.

Ora, em que pese os esforços de imposição dessa política pública pelo Estado, o processo de urbanização e de modernização das relações sociais de

produção só fizeram acentuar essas desigualdades. Não obstante o crescente êxodo da população rural, entre os anos de 1970 e 1980 no Paraná, eminentemente agrícola, esse modelo econômico não conseguiu apagar a ruralidade das práticas interpessoais: embora o êxodo tenha engrossado as franjas periféricas dos centros urbanos, muitas famílias não deixaram de reproduzir essas práticas culturais, mesmo porque estavam – mais ou menos intensamente – conectadas a sua comunidade de origem. O que sim foi produzido nesse processo desenvolvimentista é uma modernização parcial das regiões, onde o dia a dia das pessoas era vivido a partir de realidades híbridas de valores e práticas culturais. Nesse movimento, os antigos ofícios, tais como das benzedeadas e parteiras, são ressignificados e visibilizados por novos sujeitos sociais, tais como as doulas e simpatizantes das práticas de cura e cuidado do corpo materno-infantil.

Cristaldo (2020) na matéria intitulada *Parteiras renascem com mais segurança e técnicas tradicionais: profissão ainda precisa de auxílio financeiro e regulamentação*, defende a ideia de que apesar do parto normal e domiciliar nas mãos das parteiras, serem, muitas das vezes, a única alternativa em diversos municípios, os valores da considerada modernidade colocam suas posições sociais e saberes em dúvida por influência de mitos e de desinformação.

Uma forma de contestação desta cultura hegemônica moderna é feita por jovens simpatizantes da arte de partejar, que ressignificam esse ofício tradicional reivindicando sua legitimação em especial por meio da busca da regulamentação, formação e qualificação deste ofício, nesse processo de legitimação, esse grupo organizado de mulheres, em sua maioria habitantes do urbano, sustentam um novo imaginário da prática de partejar e de parir associado ao modo “alternativo” seguro, natural e humanizado.

Um exemplo é citado na matéria de Cristaldo (2020) ao trazer à tona a parteira Naoli, crescida e criada no México, mas que atualmente trabalha e mora em Florianópolis. Naoli é conhecida por aliar o conhecimento biomédico às práticas tradicionais, utilizando-se de massagens e chás para aliviar dores durante o parto. Segundo a parteira, ao longo de 40 anos de atividade, mais de 1,6 mil crianças já nasceram por suas mãos.

Ao aliar conhecimentos biomédicos e tradicionais, Naoli promove uma ressignificação das práticas de parteiras tradicionais, em especial por também ser aceita e reconhecida em ambientes urbanos e hospitalares. Além das suas ações em si, um forte simbolismo dessa herança cultural se constitui via laços afetivos formados com as parturientes, indicando uma solidariedade feminina e feminista.

Podemos compreender a reciprocidade inerente esta prática como algo subjacente à cultura rural, para qual Wanderley (2009) atribui como uma manifestação para além da dimensão material, portanto, horizonte simbólico das práticas rurais, que expressa-se no modo de habitar, produzir, alimentar, cuidar, de ser e de viver, formando um elo identitário entre as mulheres que a praticam:

Registrar aquela natureza propriamente simbólica, que complementa e dá sentido à construção de uma identidade coletiva, expressa nos sentimentos de pertencimento, na partilha, e na transmissão dos saberes e na adesão a valores humanos compartilhados (WANDERLEY, 2009, p. 14)

As relações simbólicas de reciprocidade transpassam as relações interpessoais remetendo a uma lógica camponesa do bem viver, isto é, “do vínculo com a terra e com o patrimônio familiar, decorrente de certo tipo de reciprocidade entre as comunidades camponesas e o meio ambiente, [...] tanto real quanto simbólica” (SABOURIN, 2009, p. 238). Assim como nos explica Eric Sabourin, tais simbolismos preenchem o ideal do ofício reivindicado por essas mulheres:

Assim as comunidades rurais sustentam estruturas de reciprocidade não apenas pra consciência de sua produção cotidiana dos valores humanos éticos e afetivos, e sim pela referência à sua cristalização em representações simbólicas: hábitos, rituais, filosofias e religiões. Logo, trata-se de operar as passagens entre o real e o simbólico e saber reconhecer as estruturas simbólicas de reciprocidade, garantidas pela invocação de um ‘terceiro incluso’: expressão artística, relação com a natureza, divindades etc. [...] no âmbito de cada uma dessas dimensões (corporal, ética, intelectual, artística, religiosa, etc.), os homens têm de encontrar sua liberdade: liberdade de levar adiante uma profissão, uma arte ou uma ciência de sua escolha; liberdade de praticar a religião que escolheram e não mais de maneira oculta e invisível (SABOURIN, 2009, p. 295 e 296).

Em estudo na região rural dos Campos Gerais, identificou-se a ainda atuante ritualidade católica rural como elemento de coesão social apropriado por benzedeiros e parteiras que redistribuem esse capital cultural entre as gerações, possuindo como essência a constituição ideológica das práticas de compadrio, ponto

que fundamenta o princípio cristão da solidariedade, originando o compadre e a comadre como elementos de uma rede de trocas e obrigação (QUEIROZ, 1968).

Na região estudada, uma rede de medicina popular foi identificada nas práticas atuais de cuidados, seja a partir das benzedadeiras, curandeiras e das parteiras, exercendo a função da cura, reproduziam também suas práticas a partir do sistema de compadrio na região (FLORIANI, 2016).

Hollowate (2018) sustenta que entre o final do século XIX e início do século XX, Ponta Grossa, o município mais desenvolvido dos Campos Gerais, passou pelo processo de urbanização, introduzindo diversos símbolos e imaginários de modernidade; contudo “em contraponto com uma estrutura citadina na sua maior parte ainda com características tropeiras, dando espaço para disputas entre as representações do urbano e do progresso com práticas tradicionais locais” (HOLLOWATE, 2018, p. 23).

Ressalta-se que os discursos de planejamento urbano e higienismo marcam as ações do Estado na organização do espaço regional, prevalecendo uma racionalidade técnico-instrumental na institucionalização da infraestrutura hospitalar e escolar. A transformação do espaço advinda desse projeto modernizador altera, portanto, substancialmente as instituições jurídicas, dos serviços públicos e de ensino, de maneira que o mesmo autor aventa a hipótese sobre a uma ideologia sanitarista: “em seu período de desenvolvimento, era reconhecida no meio científico ocidental com o status de Ciência, e carregava nos seus discursos, um forte viés de intervenção social (...) o que mais tarde seria chamado de eugenia - sanitarista” (HOLLOWATE, 2018, p. 13).

Nesse contexto, a figura do médico, assim como a engenheiro sanitarista, é calcada de poder. O discurso higienista passa a encobrir questões de classe e de gênero, ao subalternizar a mulher e a prática da enfermagem, dando legitimidade à medicina como detentora dos saberes do cuidado da vida. A parteira rural, até então uma categoria social atuante no espaço rural e urbano, teria que se submeter aos ditames da medicina moderna e ao espaço hospitalar.

A construção dos serviços hospitalares no espaço urbano do município de Ponta Grossa, data da década de 1910; não obstante, o primeiro hospital infantil da cidade foi erigido no centro urbano do município na década de 1950, testemunhando

o apogeu de uma mentalidade de transformação de um discurso médico-hospitalar fundamentado em uma racionalidade técnico-científica que acaba por distanciar e invisibilizar as agentes centrais do atendimento materno-infantil tradicional: as parteiras incumbidas da (re)produção social e do cuidado materno-infantil.

Contudo, é a partir da década de 1980, que a região presencia o ápice do projeto modernizador e urbanizador das cidades centrais da região, de uma maneira estrutural, isto é, o cuidado feminino diante da gestação do parto é uma das práticas culturais atingidas em meio a desestruturação social de comunidades rurais da região. O êxodo rural é um dos sintomas desse processo, retirando das mãos das parteiras, e de outros atores, o atributo de ligarem as comunidades a reprodução sociocultural marcada pela ruralidade orgânica e coletiva.

Esse processo de confronto civilizatório instaura uma nova ordem que certamente modifica as espacialidades diante da gestação e parto, trazendo uma reformulação das relações sociais, recursos, padrões culturais, novas formas de sentir, pensar e habitar, em face dos novos aparatos científicos e administrativos de um dado espaço geográfico (COLLUCI; SOUTO, 2011).

Silva (2017) identifica que as transformações provenientes do dito “confronto civilizatório” – entre duas culturas e sociedades, a rural e a urbana - são resultados de uma relação de poder que se estende ao sistema de saúde brasileiro, onde a tradição moderna da medicina prevalece sobre outras formas de atenção à saúde, em especial àquelas que não são calcadas em um modelo científico.

Neste processo de transformação estrutural, modificam-se valores e imaginários sociais. Tal transformação aponta um lugar estigmatizado para as parteiras tradicionais, que possuem em sua prática uma atuação que transcende a atuação técnica, simbolizando um papel político junto a uma demanda pela melhora na qualidade de vida da comunidade que ao seu trabalho recorre.

Com essa transformação social e espacial, em um mundo moderno e cada vez mais urbano, o espaço que as parteiras conseguem adentrar se tornam cada vez mais restritos, fazendo com que sua prática seja considerada inclusive marginalizada. No contraponto desse processo, as doulas e suas simpatizantes, muitas vezes enfermeiras obstetras, que buscam ressubjetivar o parto tradicional a

partir de um hibridismo de práticas e imaginários, sendo reconhecidas como sujeitas de resistência política na reafirmação de uma ruralidade.

Bessa (1999) aponta que, pelo menos, dois fatores devem ser levados em consideração ao pensarmos em parteiras e em ambientes rurais, ou nas práticas de ruralidades. São eles: a desvalorização espacial e a desvalorização de gênero que essas mulheres vivenciam. Essa dupla marginalização vivenciada por mulheres rurais, sejam parteiras ou não, influencia por sua vez nas condições de trabalho, condições materiais, financeiras, estruturais e de reconhecimento.

Para a autora, essa complexa rede de estruturas, que atua sobre as pessoas, sobretudo nas mulheres rurais, influenciam as políticas públicas, e neste caso em especial nas políticas de saúde, que quando ligadas as mulheres não podemos deixar de pensar na saúde reprodutiva e no seu direito de escolha e autonomia sobre seus corpos.

Todavia, é justamente a espacialidade rural, e suas heranças da ruralidade, que permitem uma resistência e reapropriação de outras práticas de cuidado e cura com as mulheres e feitas por mulheres. São as falhas no sistema de saúde e as desigualdades regionais e sociais, principalmente quando pensamos nos espaços rurais, que possibilitam a atuação de parteiras (BESSA, 1999) e mais atualmente, de doulas.

Nesse sentido, entender o processo de invisibilização dos saberes culturais do cuidado do corpo feminino diante da gestação e do parto, implica subjugar a identidade de uma categoria social cuja reprodução se dá no âmbito das configurações espaciais das comunidades rurais, típicas da formação social do campesinato brasileiro e latino-americano, resguardadas as suas especificidades regionais.

Entender o espaço como um tecido complexo de relações sociais, significa considerar a constituição das identidades múltiplas, a partir das quais fundamenta-se o jogo político entre o local e o global. O espaço e identidade é são co-produzidos, de tal maneira que Doreen Massey (2009) irá argumentar “[...] que as relações ‘entre’ elas [as identidades] e as espacialidades que delas fazem parte são todas constitutivas” (MASSEY, 2009, p. 30). Nas palavras da autora:

Se o tempo se revela como mudança, então o espaço se revela como interação. Neste sentido, o espaço é a dimensão social não no sentido da humana, mas no sentido do envolvimento dentro de uma multiplicidade. Trata-se da esfera da produção contínua e da reconfiguração da heterogeneidade, sob todas as suas formas – diversidade, subordinação, interesses conflitantes. (MASSEY, 2009, p. 97 - 98).

Essa reflexão, portanto, nos leva a entender que o deslocamento da centralidade (descentramento) do cuidado materno-infantil, da organicidade do rural relegado às parteiras pela estrutura médico-hospitalar urbana, resulta, no mínimo, numa reconfiguração das relações de poder, e, portanto, de subordinação das práticas de saberes com repercussões em nível identitário.

Para Dalla Zen (2010), a crise dos paradigmas modernos tem forçado a sociedade a questionar suas instituições, seja na ordem da representatividade (sistema democrático), dos saberes (sistema científico e tecnológico), das relações sociais baseadas hegemonicamente em valores de trocas monetárias (economia), assim como na dimensão psicológica, ética e espiritual (o individualismo sobre a solidariedade humana).

Por outro lado, é necessário também destacar que esses saberes tradicionais são gestados em um contexto histórico de relativa autonomia da organização social local de comunidades rurais, marcadas, como dito anteriormente, pela reciprocidade e religiosidade, que conferirão aos laços simbólicos, condensados também na figura da parteira, saberes que são reproduzidos em outras gerações e contextos espaciais.

Os saberes do cuidado gestacional são também da ordem do gênero, e assume, igualmente à cura das benzedadeiras, um papel de amálgama social entre as categorias sociais rurais que se formavam e formam o tecido político local passado e atual, em que pese as transformações ocorridas a partir de meados do século XX (FLORIANI, 2016).

Assim, temporalidades e espacialidades sobrepõem e entrecruzam tradição e modernidade, tendo como signo máximo da expressão moderna a configuração do urbano. A urbanização aparece, assim, como sinônimo de desenvolvimento e de bem-estar social, em oposição ao rural carregado de representações negativas, onde o poder transformador do estado pouco tem atuado, para a superação do “atraso” do espaço rural.

Novamente, retornamos a Silva (2017) quando pensamos que as parteiras são uma alternativa política e social, principalmente para mulheres que habitam o interior do Brasil. Um paralelo, em especial em ambientes urbanos, se dá com as doulas e simpatizantes ao reconhecermos de tais sujeitas como uma alternativa à permanência de valores, saberes e práticas pelas ruralidades.

Acreditamos que uma das principais diferenças entre tais sujeitas (parteiras e doulas) se dá na forma de valoração (moral e monetária) do capital simbólico de ambas. Ao que a parteira realiza serviços em ambientes e lugares tidos como inacessíveis no interior do Brasil, sendo paga não necessariamente de forma monetária, valorizando redes afetivas abertas, as doulas possuem uma atuação mais centrada em cidades e ambientes urbanos, tendo seu serviço pago e reconhecido de forma financeira, sem necessariamente possuir vínculos afetivos duradouros.

De acordo com Menezes et al (2021) as desigualdades estruturais encontradas em áreas rurais, se comparadas as áreas urbanas, refletem, em grande parte, a política de Estado e, portanto, sua escolha, planejada, por não cobrir todas as demandas nas áreas mais afastadas do país. Como já temos pontuado ao longo deste trabalho, a assistência ao parto e nascimento ocorre de forma diferenciada a depender, também, da espacialidade de tal experiência.

Para a autora, a assistência ao parto domiciliar por parteiras tradicionais, em ambientes rurais, e por doulas em ambientes urbanos, decorre respectivamente da decisão (ou impossibilidade desta) materna em lugares de difícil acesso aos serviços públicos e por espaços humanizados. Para tanto, a autora apresentou um estudo de caso realizado no Peru; ao perceber uma realidade semelhante à brasileira em que há maior frequência de partos domiciliares nas áreas rurais, onde a maior parte da população se encontra em situação de pobreza, ou ainda em áreas urbanas a escolha por doulas ocorre como forma de contestação à prática moderna da obstetrícia fármaco-hospitalar; neste caso também ocorre a valorização da doulagem por pagamento monetário.

Os saberes da medicina popular são saberes que religam corpo, mente e espaço em suas dimensões objetivas e subjetivas (espiritualidade), estabelecendo, portanto, espacialidades da diferença, ou seja, a questão da saúde reveste-se e

busca outros significados pelas relações espaciais. No caso desse saber-fazer patrimonial, é importante trazer à tona a espacialidade social do cuidado, de modo que os saberes e práticas exercidas pelas parteiras e mulheres das redes rurais e urbanas são ressignificadas nesses contextos socioculturais, de acordo com as múltiplas temporalidades e espacialidades que lhes atravessam e condicionam.

A prática da medicina popular mostra-se eficiente quando a ciência institucionalizada (medicina) se limita a simplificar questões de ordem complexa – psico-socioespaciais-, tal como se mostra a reprodução e o nascimento. O partejar, o parir (ou o cuidar da mãe, do nascimento e da criança) adquire novos sentidos na mão das parteiras, das mulheres cuja origem remonta a uma formação histórica e espacial, associada a uma ruralidade, apoiada em práticas de reciprocidade e visões de mundo e de vida coletivas, associadas ao espaço e ao mundo sobrenatural e natural local, utilizadas por parteiras e outras mulheres para a realização do cuidado com a outra.

A relação que essas mulheres parturientes estabelecem com seu corpo, com o corpo do outro, bem como a relação com o meio ambiente, fomentam uma rede alternativa e complexa através dos saberes patrimoniais: experiências de vidas, chás, remédios, pomadas, puxações, garrafadas (uma espécie, de chá com várias medicinais locais destinada a recém-parida), banhos de assento, entre outros tantos que (re)subjativam o lugar de reproduzir a vida, pontos esses praticados por parteiras, doulas, entre outras.

É assim que os laços foram reafirmados nos partos rurais, e de algum modo perpetuam-se mesmo nos dias atuais, embora presencie-se o perceptível desaparecimento deste ofício em nossa região. Esses saberes foram e são resguardados pela lógica comunitária feminina na prática do cuidado, tanto físico quanto espiritual.

As mulheres têm sido um pilar fundamental, tanto em espaços públicos quanto privados, em negociações, eventos, formulações e reformulações de saberes, o que vai em direta proporção a colaborar com a biodiversidade e a autonomia. E, desde tempos remotos, grupos comunitários - e sobretudo as mulheres - têm utilizado plantas nativas para realizar curas e proporcionar a proteção física e espiritual (PINHEIRO et al, 2019, p. 309).

As autoras ainda nos revelam que estes saberes influenciam ações coletivas de identificação, que fortalecem os territórios no caso das benzedadeiras e parteiras, que, por 'saber-fazer', exerciam e ainda exercem grande influência nas suas comunidades, sendo reconhecidas como 'guardiãs' do conhecimento.

Sendo (re)existentes em suas práticas de cura e evidenciando seus modos de vida, esse ofício tradicional pode ser entendido como “[...] uma prática transgressora, criadora e transformadora (...) não se fala somente em sobrevivência, mas sim de experiências, processos criativos e de vivenciais de modo ativo” (PINHEIRO; et al, 2019, p. 319).

No que diz respeito às parteiras rurais ainda em atividade no Maranhão, Pereira (2016) evidencia que esses sujeitos são figuras importantes em suas comunidades, e que apesar de não ter um valor monetário pelo atendimento às parturientes, existe um valor simbólico pago com “obrigação, existe o código da obediência onde a dívida é saldada naturalmente com prestação de ajuda recíproca” (PEREIRA, 2016, p. 592).

Observamos que esta é uma característica também presente na área rural dos Campos Gerais, a “obrigação”, “favor” ou retribuição como moeda de troca era legitimada pelo compadrio: as parteiras por nós entrevistadas relatam ter muitos afilhados por conta do cuidado dedicado durante a gestação e parto, diferentemente das doulas, que mesmo nos Campos Gerais, têm tido a sua retribuição de forma financeira, o que restringe a rede de trocas simbólicas, isto é de laços sociais ao âmbito do núcleo familiar sem relação com a comunidade.

Esse modo de viver que vai contra a ordem hegemônica capitalista por priorizar o cuidar dentro de uma relação não necessariamente monetária; tendo ou não participado no parto, o auxílio se dava, e de algum modo ainda se dá em algumas regiões brasileiras, de maneira coletiva simbolizado pela canja, pelo pão, pelo tratar os animais, fazendo chás, remédios com plantas medicinais locais, a fim de “limpar e fortalecer” a saúde do corpo e mente da parturiente. Essas relações estabelecem os laços sociais entre famílias de uma rede comunitária ampla estabelecida pelo compadrio (WOORTMANN, 1995).

Em termos de conhecimentos, as parteiras tradicionais têm rituais que fogem à lógica da medicina moderna, tendo uma forte ligação religiosa com o

sobrenatural. Seus saberes remontam a um saber-fazer que vai além do pensamento lógico, racional e objetivadora. Para as parturientes, as parteiras, comadres, conhecedoras do saber “pegar criança”, fazem antes de tudo um trabalho que liga razão e emoção na interpretação do estado da parturiente e do bebê; atuando no nível do sagrado (do dom divino), as parteiras e doulas intervêm de forma não invasiva no corpo gravídico - porque envolve afetivamente o processo do nascimento ao contexto psicossocial - dando à parturiente apoio emocional do pré ao pós-parto, humanizando-o;

A vocação de partejar, do saber-fazer, é um evento de performance corporal, um evento familiar, sexual e demasiadamente interconectado com o mítico-religioso, com o catolicismo popular. Nessa rede formada entre as mulheres, a espiritualidade e a dádiva do dom são valorizadas; dito isso entendemos esse ofício a partir de “uma concepção diferente do mero conhecimento, sugerindo uma postura de celebração do ofício, visto como ancestral dos atuais profissionais inspirados na humanização” (TORNQUIST, 2005. p. 69).

Tornquist (2005, p. 77), ao discorrer sobre a riqueza das narrativas das parteiras, reforça a necessidade de nós, pesquisadoras feministas, aguçarmos a nossa “reflexibilidade sobre nós mulheres ‘modernas’, a partir de uma interlocução com essas práticas de ‘antigamente’ que nos são contemporâneas“. A crítica da autora é interessante uma vez que coloca em escrutínio às próprias práticas de institucionalização do parto as quais, em nossa visão, levam a um processo de controle e desempoderamento do corpo feminino dentro de suas múltiplas existências e performances.

A valorização do saber sobre a gestação, o parto e os cuidados materno-infantil por parte do saber tradicional rural tem implicações políticas no espaço, no nível da organização social, no discurso e no imaginário sobre o corpo feminino.

Ao buscar informações em um cenário mais amplo, o nacional, percebemos que contrariamente à Região Centro Sul paranaense, as regiões Norte e Nordeste do país apresentam uma significativa atuação de parteiras junto às comunidades tradicionais, embora pareçam também seguir o mesmo processo de desestruturação social que acometeu as parteiras da região Centro-Sul do Paraná.

Nascimento e Silva (2004), ao retratar as parteiras no espaço Ribeirinho de Porto Velho justifica que “parteiras ribeirinhas carismáticas e tradicionais⁵ estão desaparecendo, em função dos serviços de saúde se fazerem mais presentes nesse espaço” (SILVA, 2004, p. 20). Esse processo não foi muito diferente na região dos Campos Gerais; à medida que os serviços passaram a se fazer presentes, as parteiras tradicionais foram deixando de exercer seu ofício a partir das décadas de 1960-1980.

Segundo a pesquisadora citada, esse processo reflete o discurso desenvolvimentista que, a partir da segunda metade do século XX, está associado ao fenômeno do crescimento econômico, ancorado na sobre-exploração capitalista da natureza e de sua incorporação aos ditames da tecnociência, à ideia do bem-estar.

Dessa maneira, os países centrais conseguem dominar em todas as instâncias países tidos como periféricos, assim os conhecimentos tradicionais passam a ser dominados pelo saber eurocentrado, e no caso da relação saúde-doença esse mito do desenvolvimento passaria pela dominação das antigas formas de cuidar do corpo pelo saber científico hegemônico.

Para Vieira (2002), o parto hospitalar até metade do século XIX ainda encontrava resistência das mulheres que não queriam ser atendidas por médicos homens, e que, ademais da moralidade, havia o perigo das práticas médicas pouco seguras na época. De acordo com a mesma autora, a hegemonia do discurso médico a respeito do corpo feminino evidencia a necessidade em submeter o corpo da mulher à objetivação e à descontextualização socioespacial, desqualificando-a sobre o saber de sua própria corporalidade, relegando seu conhecimento ao espaço da não normalidade. Afirmando que:

A ‘natureza feminina’ vai explicar a loucura, a degeneração moral, a criminalidade, de tal forma que a mulher é considerada como um ser incapaz de autonomia. É com base nesta ‘natureza feminina’, portanto, que se constrói o discurso médico-social, assim como se tenta entender a fisiologia desse corpo, realizando-se intervenções médicas que ampliarão o processo de medicalização do corpo feminino. As ideias de higiene social que evoluem a partir do final do século XIX irão se conformar em

5 A autora apoia-se em Max Weber (1944) para situar junto à categoria das parteiras tradicionais a existência de três tipos de dominação de poder legítimo operado em outras pessoas, e desse modo separa as parteiras em três categorias: parteira tradicional, parteira racional e parteira carismática.

preocupações higiênicas nas primeiras décadas do século XX (VIEIRA, 2002, p. 30-31).

Nesse sentido, a autora supracitada aponta que “o discurso médico se apodera de determinados temas e os reduz a condição biológica. É o caso do ginecologista por exemplo, que se transforma em um “especialista em mulher” (VIEIRA, 2002, p. 15), e que para tal destino foi necessário arquitetar um novo regime discursivo (FOUCAULT, 2008) onde o corpo feminino torna-se um objeto da medicina, da obstetrícia.

Temos com tal jogo discursivo um apoderamento de saberes e o controle do corpo feminino. Para Silva (2017) essa concepção de “não-saber” ou de “saberes não modernos” é o que impulsiona a ressignificação pelas ruralidades de formas de nascimentos, criando-se então a necessidade de cursos de capacitação técnica para parteiras, que mesmo já possuindo um saber tradicional, precisam se adaptar a modernidade.

Acker et al (2006), no artigo intitulado *As parteiras e o cuidado com o nascimento* nos apontam a influência da ciência na modificação dos rituais e das sujeitas que cercam o nascimento. Conforme a autora, o nascimento já foi parte do cotidiano das famílias, em especial das mulheres, contudo, nos tempos considerados modernos, o nascimento se torna frio e calculista “Atualmente o nascimento está cercado de procedimentos técnicos desenvolvidos para aumentar a segurança do parto, porém está afastado da família, do componente humano e afetivo” (ACKER, et al, 2006, p. 648).

Conforme Foucault (2008), a prática discursiva acerca de um objeto de saber (por exemplo, saúde) apresenta formas de “falar” e praticar verdades: o discurso médico, ao construir e se apropriar de objetos de conhecimento, associa conceitos científicos e outras ideias em sua retórica. Tal prática discursiva ocorre em um campo ou território de um grupo social, por exemplo, os profissionais da saúde, e sua rede institucional que lhes constitui: hospitais, laboratórios públicos e privados, ciência, instâncias jurídicas, pedagógicas, entre outras, e que se reafirma sobre outros discursos (saberes).

Deste modo, com o nascimento afastado do ambiente familiar e mais natural possível passa a ter sua espacialidade também modificada, sendo igualmente um

espaço frio e calculista, tendo como padrão o ambiente hospitalar. São novas regras que regulam as relações de poder.

O sujeito autorizado a falar (aquele que recebe o status de enunciador, o médico) está relativamente atado à uma rede de atores que condiciona sua forma de agir (relacionar-se) e pensar (enunciar) frente à sociedade, colocando-o em relação a uma ética (ethos):

[o sujeito de discurso] Compreende, também, um certo número de traços que definem seu funcionamento em relação ao conjunto da sociedade (o papel que se reconhece no médico, conforme seja chamado por uma pessoa, ou requisitado, de maneira mais ou menos obrigatória, pela sociedade, conforme exerça uma profissão, ou seja encarregado de uma função; os direitos de intervenção e de decisão que lhe são reconhecidos nestes diferentes casos; o que lhe é pedido como vigia, guardião e responsável pela saúde de uma população, de um grupo, de uma família, de um indivíduo; a parte que recebe da riqueza pública ou da de particulares; a forma de contrato, explícito ou implícito, que estabelece, seja com o grupo no qual exerce sua profissão, seja com o poder que lhe confiou uma tarefa, seja com o cliente que lhe pediu um conselho, uma terapêutica, uma cura[...] status, que tem o direito de articulá-lo, reivindicando para si o poder de conjurar o sofrimento e a morte. (FOUCAULT, 2008, p. 57).

Os enunciados do médico acerca da cura do “corpo feminino”, testemunham, portanto, o *status* (poder simbólico legitimado) proferido por uma longa rede de atores: o mercado, a escola, as leis, à farmacologia entre outros, que se conectam pelo objeto discursivo “saúde do corpo feminino”.

O nascimento não foge à regra do jogo, e na sociedade moderna e urbana há regras inclusive para o considerado local apropriado para o parto, determinando quem pode acompanhar, quem pode assistir, quais saberes são levados em conta, e neste momento, com um modelo médico, as doulas e simpatizantes, representantes de um sujeito híbrido, correspondem um significado político e de resistência por ligarem saberes tradicionais e modernos em um ambiente como o hospital.

Essa cadeia de enunciados que convergem na figura do poder do médico, testemunha o advento de uma formação discursiva conexa ao processo de modernização das estruturas socioespaciais. Nesse discurso médico moderno, o corpo feminino passa a ser concebido entre a dualidade maternal e a negação da sua função reprodutiva, passando a ser “objeto de contracepção e planejamento familiar”, isto é, as intervenções e apropriação do corpo feminino podem ser consideradas como uma estratégia social.

Pereira (2016), ao fazer um levantamento das parteiras tradicionais do Maranhão, expõem que, no Brasil, desde o final do século XX vêm expandindo-se programas voltados ao atendimento obstétrico realizado por médicos ou pela medicina institucionalizada. Diante desse discurso, invisibiliza-se e menospreza-se o ofício praticado pelas parteiras: seria um conhecimento inferior em relação as práticas médicas modernas⁶.

Aqui cabe uma ressalva. Longe de romantizar o ofício da parteira no espaço rural, este trabalho traz elementos para discutir o problema da invisibilização dos saberes patrimoniais. É sabido da existência de problemas advindos da falta de infraestrutura adequada para o parto nas regiões rurais carentes e da relativa capacidade de socorrer os casos mais delicados do parto, a exemplo do que se conhece a partir de alguns relatos sobre as complicações do parto tradicional e a incidência sobre mortalidade materno-infantil nessas áreas, mas que, por outro lado, foram munidas do acesso aos equipamentos e serviços médico-hospitalares em centros urbanos.

Apropriado pelo discurso médico, o objeto saúde ganha roupagens científicas, reduzindo a noção de saúde a uma relação biofísica (MESQUITA, 2014). Enquanto noção ampla e polissêmica, a saúde possui diversos significados assentes nas práticas culturais, mas são submissos aos mitos e imaginários ocidentais hegemônicos de saúde. Traduzidos pela ciência e pela técnica, o imaginário de saúde moderna privilegia a relação sintoma e doença, como formas de entender esse fenômeno social.

Constituindo um saber socialmente compartilhado por um grupo e consubstanciado por uma intencionalidade (racionalidade), portanto, munido por estratégias e regras retóricas para defender os interesses de quem os enuncia, esse jogo de regras discursivas envolve estratégias de articulação e apropriação de ideias de diversas áreas de conhecimento, que não teriam a princípio uma relação de equivalência:

⁶ Cabe destacar que as sociedades indígenas concebem a saúde como um fenômeno social no qual implicações na esfera psicológica e biofísicas tem origem em fenômenos amplos ligados a coletividade humana e não humanas. Os Guarani Mbya do Rio Grande do Sul, por exemplo, nos ensinam que os sintomas de uma doença em um indivíduo da comunidade podem significar uma desordem holística (no nível coletivo), e, portanto, exigem tratamento na esfera espiritual que ultrapassam o simples diagnóstico em nível biológico-molecular tratado pela ciência médico-farmacológica moderna.

Seria esse o jogo das regras que torna possível, durante um período dado, o aparecimento dos objetos (a saúde, o corpo feminino e recém-nascido) que são recortados por medidas de discriminação e de repressão, objetos que se diferenciam na prática cotidiana, na jurisprudência, na casuística religiosa, no diagnóstico dos médicos, objetos que se manifestam em descrições patológicas, objetos que são limitados por códigos ou receitas de medicação, de tratamento, de cuidados (FOUCAULT, 2008, p. 37).

Diante das questões, o que vai nos interessar nesta pesquisa é, o processo de construção da prática alternativa do cuidado do corpo feminino em gestação, imbuído de uma espacialidade e historicidade. O conteúdo desse saber-fazer que possui raízes assentes em uma ruralidade implica evidenciar o fenômeno do corpo e do contexto socioespacial em que se insere essa prática, portanto do espaço vivido (do cotidiano), de suas transformações (resistências e adaptações) diante do contexto da modernização do espaço rural e urbano da região.

Isso implica em entender os espaços e tempos que cada sociedade produz para atuar com/na natureza, com o corpo, a mente e seu entorno socioespacial (MASSEY, 2009). Concordamos com Barroso (2009) ao reconhecer os saberes e práticas das doulas como uma forma ressubjetivada de lidar com a sociedade e natureza. Prática esta que é herança de uma ruralidade e de uma forma única de ser e estar no mundo.

Tais espaços, justamente por seu caráter complexo, simbolizam e materializam múltiplos significados, sejam para as mães, para as/os acompanhantes, para as doulas, parteiras, etc. Estas espacialidades do cuidado feminino englobam e se traduzem em corporeidades, isto é, implicam um recorte espacial e temporal: do espaço rural ao espaço urbano, do espaço da rede hospitalo-fármaco-maternal ao espaço do corpo feminino.

Ou seja, as práticas de reprodução e cuidado materno-infantil patrimoniais, originárias do rural ressignificado no urbano, incluem aspectos ligados ao pré-natal, parto, puerpério e cuidados com os recém-nascidos, e reconhecemos as doulas e sua simpatizantes como sujeitas sociais que ressignificam práticas rurais no espaço urbano e hospitalar, o que se configura como uma herança das ruralidades.

Tal abordagem nos convida a compreender a relação da existência e do significado do espaço vivido, normado (das normas e instituições oficiais) e defendido enquanto identidade social pelos sujeitos do processo.

Para finalizar, compreendemos a importância de uma geografia da saúde que aborde as dimensões materiais e simbólicas das produções sociais de natureza de forma crítica, isto é, no bojo do processo histórico de transformação espacial das regiões, de maneira a apontar as transformações ou resistências das práticas culturais frente aos modelos (imaginários) hegemônicos saúde e reprodução. Nesse entendimento, a geografia da saúde deve também considerar a região e o rural como dimensões pertinentes ao entendimento da espacialidade das formas de cuidado do corpo feminino, como rede complexa de reciprocidade que envolve o individual ao comunitário, a sexualidade ao nascimento, a política à identidade.

CAPÍTULO 3 – PRÁTICAS DA CURA E DE ATENÇÃO DURANTE O PARTO COMO RESISTÊNCIA DAS RURALIDADES

Nesse capítulo, destacaremos o fenômeno da emergência de novas categorias sociais (novos processos identitários) nucleadas em torno do processo de resignificação da prática do parto contra hegemônico e seu conseqüente reconhecimento como expressão híbrida de uma ruralidade, manifesta em espaços urbanos alternativos, como exposto como capítulo teórico.

A partir dos dados aqui apresentados compreendemos como são construídos espaços de reconhecimento e de visibilização da medicina popular e alternativa regional no Estado do Paraná, representado por mulheres habitantes de espaços urbanos que utilizam-se de plantas medicinais no seu pós-parto e por doulas que atuam dialogando com medicina moderna.

Nesse sentido, ressaltamos que o objetivo dos formulários não é o levantamento exaustivo e detalhado da quantidade de sujeitos envolvidos na reprodução das práticas alternativas de cuidado materno-infantil, mas antes possibilitar o entendimento qualitativo da rede de relações estabelecidas por essa prática e da forma de como os saberes patrimoniais são resignificados no contexto socioespacial da região e de outras.

Para tanto, apresentaremos resultados da pesquisa de campo, divididos em dois momentos. O primeiro trata da apropriação material e simbólica de plantas medicinais por mulheres da região centro-sul paranaense e Campos Gerais para os cuidados no período pós-parto. Em um segundo momento, buscaremos trazer os saberes da doulagem na região do primeiro e segundo planaltos paranaenses. Os dados foram coligidos e interpretados a partir das respostas abertas e fechadas de formulários eletrônicos aplicados na rede de mulheres da presente autora, como apresentado no capítulo metodológico.

Entendemos por conhecimentos locais a reprodução socioespacial de saberes-fazeres historicamente enraizados em uma determinada região, com objetivos também simbólicos de reforçar laços de reciprocidade e solidariedade entre indivíduos e a comunidade. Estes conhecimentos carregam, portanto, elementos mítico-religiosos que são indissociáveis dos aspectos materiais (CLARINDO; STRACHULSKI; FLORIANI, 2019).

Destaca-se que nos formulários, buscou-se evidenciar a relação entre o indivíduo que pratica os cuidados materno-infantis e o contexto social em que estão inseridas essas mulheres (família, bairro, grupos de pertencimento, etc.), posto que entendemos o cuidado feminino como um *continuum* entre parturiente-família-comunidade. Essa relação se estende também - por meio da prática da terapia, isto é, do conjunto de símbolos, ritos, receitas e medicamentos - ao coletivo não-humano, ou seja, plantas, animais, solo, água.

Igualmente essencial nesta prática social, é a dimensão religiosa (sobrenatural), que a partir dos rituais, isto é, a encenação com o corpo e o contexto social) confere maior poder simbólico (de sentidos à realidade) tanto ao portador do ofício (a auto consagração), como para quem o recebe (o paciente, o ente consagrado - a parturiente). Nesse sentido, os formulários buscaram dar lugar ao complexo de elementos simbólicos materiais e imateriais que constituem a prática do cuidado materno-infantil em distintas espacialidades.

3.1 O USO DE PLANTAS MEDICINAIS NO PERÍODO PÓS-PARTO

Pereira e Cunha (2015), em artigo publicado na *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, nos alertam para a necessidade de se resguardar os saberes adquiridos, acumulados e repassados pelas populações tradicionais em relação a propriedade medicinal de distintas floras; ainda que as autoras estejam se referindo especialmente à flora cerradeira, entendemos que tal preocupação é pertinente à diversos contextos bioregionais do país.

Para as mesmas autoras, o conhecimento sobre as propriedades medicinais das plantas mistura-se com a própria história ancestral das sociedades, tendo em vista que tal prática só se tornou possível a partir de tentativas do ser humano em suprir “suas necessidades por meio dos acasos, experiências e observações” (PEREIRA, CUNHA, 2015, p. 130).

Sendo assim, entendemos com Lévy-Strauss (1989) que os conhecimentos ecológicos locais são forjados desde período do neolítico quando a humanidade começou a estabelecer uma relação de co-dependência (co-produção) com a

natureza, quando a espécie humana começou a classificar e domesticar inúmeras espécies.

Contudo, com o desenvolvimento das relações de produção capitalista em nível global e, principalmente, a partir da revolução industrial, dá-se lugar a uma nova forma de pensar e agir sobre a natureza. O desenvolvimento das forças produtivas sob a égide da ciência deslocaria os saberes locais (de fundamentação mítico-mágico) a segundo plano, fazendo prevalecer o pensamento lógico e abstrato como campo privilegiado de produção social do conhecimento e transformação da natureza (FOUCAULT, 2007).

De acordo com Foucault (2007), nesse contexto histórico de transformação da sociedade europeia pelo iluminismo, busca-se separar as artes, a religião, os ofícios, a filosofia instaurando uma nova fronteira simbólica entre essas formas de pensamento a partir da *mathesis* (o pensamento lógico-abstrato) e do *concepto* (das palavras) como formas de tradução da realidade e validação de verdades; assim a medicina, como outros saberes é submetido à disciplinarização científica de suas formas de percepção dos fenômenos biofísicos mediados pela tecnologia. Nesse processo de colonização dos saberes da cura, há uma alteração no imaginário social de corpo, doença e natureza, deslegitimando o conhecimento tradicional nas formas de cura frente à medicina moderna.

Deste modo, os saberes de cura dos ofícios tradicionais e as tecnologias envolvidas devem passar por uma tradução científica para ganharem um suposto *status* de veracidade, isto é, devem ser submetidos à linguagem e práticas da comunidade científica para poderem ganhar credibilidade dentro da sociedade capitalista. Não obstante, por suas próprias contradições, a sociedade de produção e consumo produz desigualdades no acesso e distribuição desses capitais simbólicos, de maneira que os saberes patrimoniais da cura reproduzidos atualmente mostram a heterogeneidade espacial e temporal da expansão do capitalismo e seu imaginário de modernidade.

Castro e Figueiredo (2019) reforçam outro aspecto no que tange ao uso de plantas medicinais em relação a uma melhora qualitativa na saúde básica e preventiva, ou seja, aquela que não almeja tratar apenas do fenômeno sintoma-

doença. Sendo assim, há uma dupla valorização em tal prática, primeiro em relação a reprodução de uma cultura local e por conseguinte dada biodiversidade local.

Contudo, como pontuado pelos autores, o considerado tradicional é atribuído a inúmeros significados, sendo um deles entendido como:

As demais práticas medicinais consideradas ultrapassadas, e mesmo primitivas, que possuíam uma sistemática própria de funcionamento e que não comprovavam as suas práticas pelos mesmos métodos científicos da medicina dominante, passaram a ser qualificadas como tradicionais (CASTRO; FIGUEIREDO, 2019, p. 60).

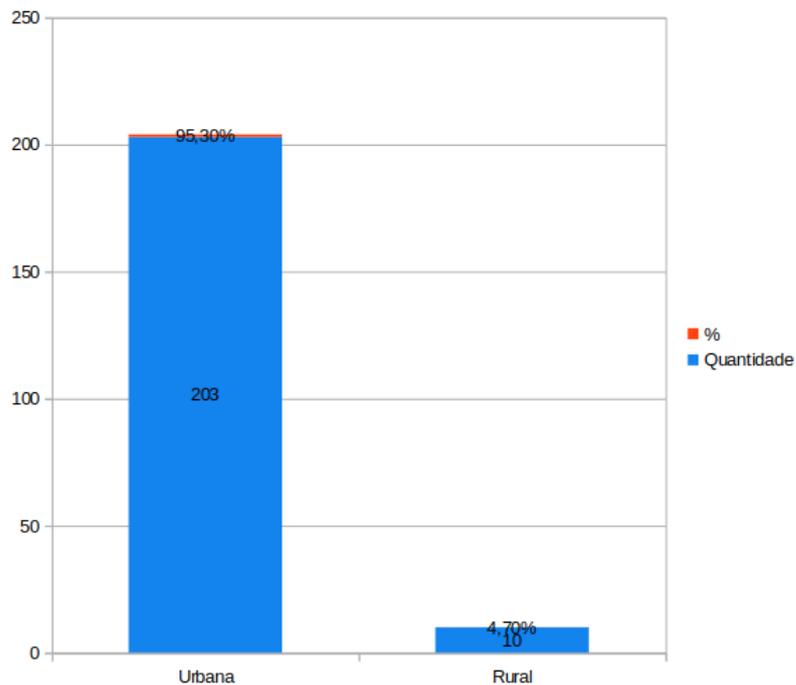
No caso do uso de plantas medicinais no cuidado pós-parto, tal forma de saber permanece enquanto importante elemento de identificação entre o coletivo, bem como, de suas vivências cotidianas e territoriais. Portanto, isso nos leva a indagar em que grau essas práticas tradicionais do cuidar no pós-parto foram transformadas, seja em sua matriz cognitiva seja em sua escala espacial.

No que tange a escala temporal, este trabalho destaca, a partir da aplicação de um questionário direcionado a um público feminino da região Centro Sul e dos Campos Gerais paranaenses, para o período dos últimos 15 anos (2006-2021) de utilização desses saberes e práticas, conforme apontaram as respostas. Justifica-se esse período por abranger a faixa etária de um público feminino inserido e habituado com as práticas da obstetrícia moderna, na qual o saber médico se faz soberano. Tais critérios poderiam indicar as resistências desse público em relativizar tais práticas modernas, apontar para possíveis ressignificações (reapropriações) desse conhecimento pós-parto e suas plantas medicinais e, também, possíveis hibridizações entre saberes.

Como já mencionado, o uso de plantas medicinais se correlaciona diretamente com conhecimentos tradicionais. Por certo, tais formas de conhecimento possuem uma forte dimensão espacial a qual garante uma particularidade regional traduzida em taxonomias vernaculares, formas de utilização e circulação. Nesse sentido, nesta seção pretendemos coligir e analisar o emprego de plantas medicinais nos cuidados pós-parto entre mulheres adultas, habitantes do espaço urbano e com acesso à internet e serviço médico-hospitalar.

Iniciamos a análise dos dados com apontamentos sobre a origem espacial das mães respondentes que utilizaram plantas medicinais no pós-parto, vide gráfico 01.

Gráfico 01: Origem espacial das mães que responderam ao questionário sobre o uso de plantas medicinais no período pós-parto.

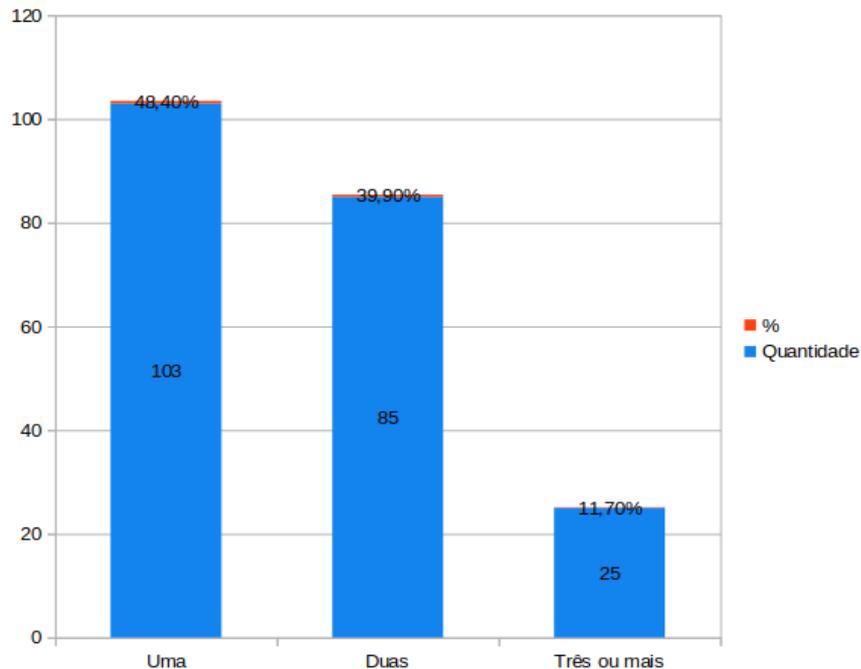


Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Verificamos que as mães respondentes se distribuem espacialmente em mais de dez municípios da região contemplada, majoritariamente urbanas (95,3%). Esse fato é interessante, uma vez que os conhecimentos tradicionais, dentre os quais o uso de plantas medicinais nos cuidados pós-parto, são fortemente associados aos ambientes rurais. As participantes residem no município de Ponta Grossa (53%), Irati (33%), Imbituva (7%), Castro (2%), e 5% distribuídas entre Prudentópolis, Rebouças, Tibagi, Palmeira, Piraí do Sul, Lapa e Guarapuava.

O número de mulheres respondentes deste formulário sobre o uso de plantas medicinais no pós-parto foi de 213 mulheres. Ao perguntarmos o número de gestações destas mães, obtivemos o dado a seguir, conforme gráfico 02:

Gráfico 02: Número de gestações das mães que utilizaram plantas medicinais no período pós-parto.

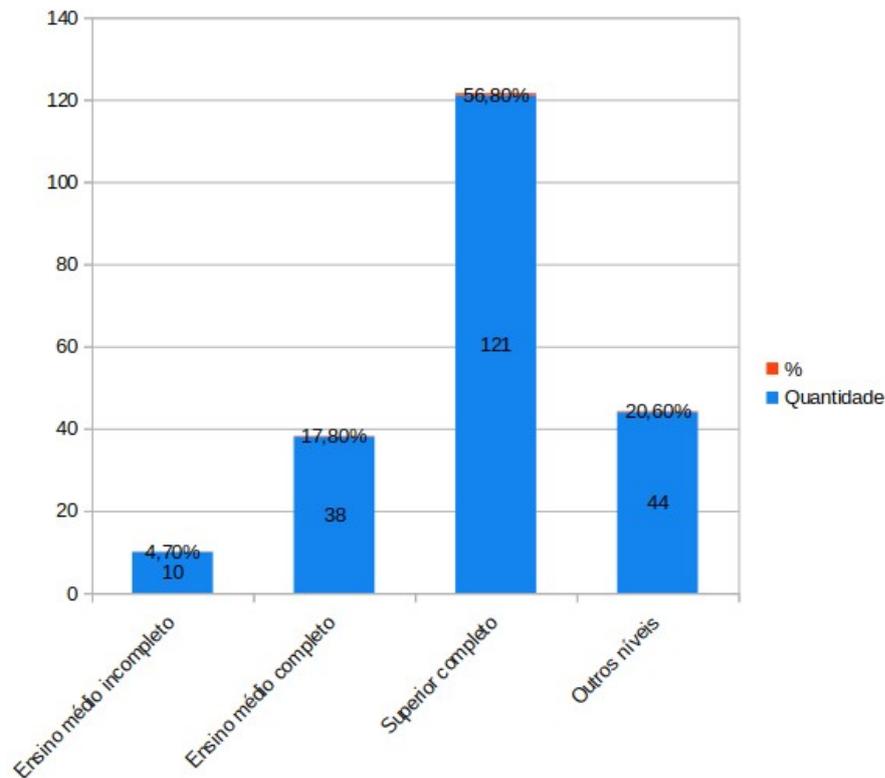


Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Quase metade são mães de apenas um filho e apenas uma pequena fração é mãe de três ou mais. Algumas delas relataram, de modo informal, que depois da primeira gestação deixaram de tomar alguns cuidados como garrafadas/queimada/ferida, bem como, que diminuíram as restrições no período do resguardo. É fato que as mães de primeiro filho recebem uma atenção maior relativas ao cuidado no pós-parto, ou seja, é possível assumir que para as mães de primeira gestação é construído um sistema de cuidados mais refinado ou organizado e que envolve um número mais amplo de elementos, seja em termos de práticas ou de redes.

Buscando informações sobre a escolaridade de tais mães e uma possível relação com o uso ou não de plantas medicinais, apresentamos o gráfico 03:

Gráfico 03: Escolaridade das mães que utilizaram plantas medicinais no período pós-parto.



Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Identificamos que mais da metade das respondentes são graduadas (121 mães, ou seja, aproximadamente 57% do total), isso demonstra que o nível de instrução não é fator de exclusão das práticas tradicionais. Mesmo levando-se em conta que tal característica pode indicar uma relativa ascensão social, econômica e, portanto, de acesso aos cuidados médico-hospitalares privados. Outra inferência que se pode fazer a respeito desse critério é sobre o acesso a informações especializadas que podem influenciar na escolha por um ou por outro saber, bem como, na produção de práticas híbridas.

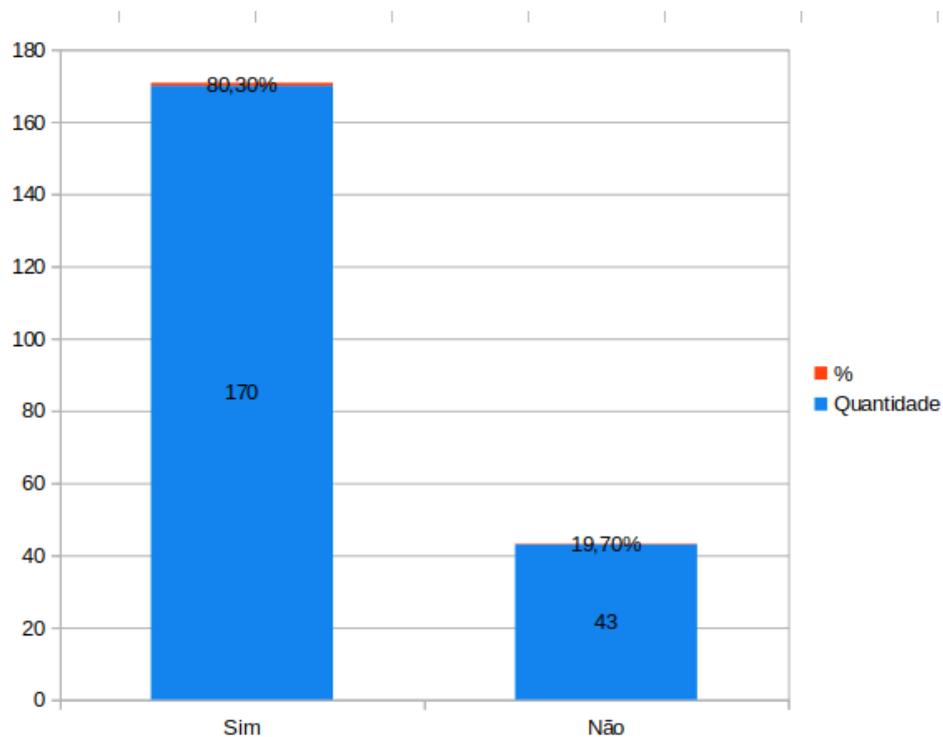
Esse fenômeno de hibridismo em termos de práticas urbanas e rurais pode ser observado também em trabalhos sobre as benzedadeiras urbanas do município de Ponta Grossa, que fazem o uso de remédios caseiros retirados de seus canteiros de plantas de medicinais, mas que “em alguns casos observados, até mesmo compram em farmácias especializadas em produtos naturais e formulam os remédios a partir disso”, indicando a hibridização de práticas (CLARINDO; STRACHULSKI;

FLORIANI, 2019, p. 105). Os autores ainda prosseguem em suas análises considerando que os conhecimentos tradicionais são mantidos vivos na urbanidade preenchendo lacunas deixadas pela medicina moderna

A prática do uso de plantas medicinais valoriza sobretudo o conhecimento popular, possibilitando outras formas de cuidados, que em uma primeira gestação parecem exercer uma relação mais horizontal. Castro (2022) fala sobre a criação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no sistema de saúde brasileiro, todavia, ainda que haja uma lei e política específica para isso, encontramos nos relatos que a maior parte das mulheres que teve acesso a tais práticas ocorreu fora do ambiente hospitalar.

Deste modo, apresentamos o número de mães que utilizaram plantas medicinais no pós-parto, vide gráfico 04:

Gráfico 04: Número das mães que utilizaram plantas medicinais no período pós-parto.



Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Podemos entender que os saberes tradicionais se fazem presentes nos mais diversos contextos, uma vez que a maioria (80,3%) afirmou ter recebido algum

cuidado pós-parto com plantas medicinais, identificados no quadro 02. A frequência do uso de plantas medicinais é grande entre as mulheres, ou seja, após receberem os cuidados médicos nos hospitais e regressarem para a espacialidade íntima do lar, elas retornam aos cuidados tradicionais e/ou geracionais, reproduzindo essa prática como forma de ressignificação do patrimônio biocultural dos cuidados femininos do pós-parto.

Entende-se que, mesmo inseridas num contexto de modernidade, essas práticas apropriadas por um coletivo de mulheres urbanas e escolarizadas permanecem atuantes.

Quadro 2: Medicamentos (formulações) tradicionais mencionados como tendo sido utilizados no pós-parto.

Medicinais	Descrição
Garrafada/Fervida ou Queimada	Utilizada no resguardo com a finalidade de restabelecer a saúde física e mental da parturiente, livrando-a de algum mal que possa ter ficado em seu corpo. O nome e a receita podem sofrer variações de acordo com a localidade, mas basicamente tem o mesmo fim e preparo. A receita é: abútua, pixilim, noz-moscada, açúcar queimado, artemísia, anis, aroeira, alecrim, cachaça.
Chás	Capim limão, camomila, canela, ameixa preta, capim rosário ou lágrima de nossa senhora, coentro, erva cidreira, calêndula, camomila, hortelã, sete ervas, gengibre, feno grego, hortelã.
Banhos e Banho de Assento.	Os banhos foram citados de forma separada pelas agentes de pesquisa. Os banhos do pescoço para baixo de artemísia, folha de laranja, picão, malva; os banhos de assento com barbatimão e camomila.
Pomada cicatrizante	Calêndula.
Leite com açúcar caramelizado	Para ajudar na lactação.

Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2021.

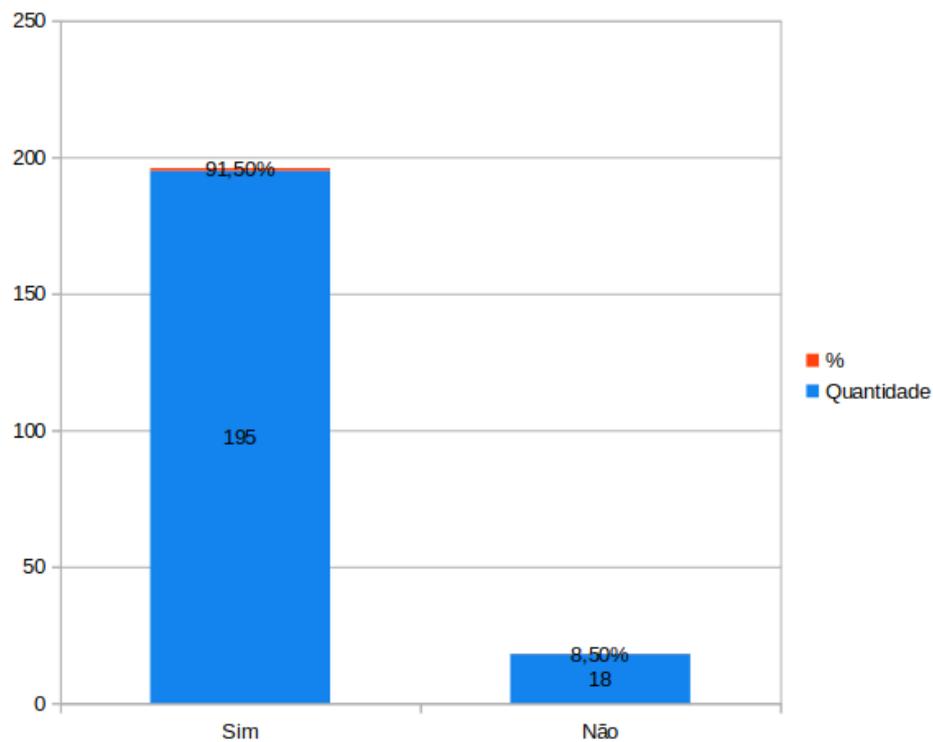
Clarindo, Strachulski e Floriani (2019) ao pesquisarem sobre benzedeadas e curandeiros Parintintin na atualidade, nos revelam que a manipulação das medicinais serve tanto para tratar o corpo como a alma, e que, apesar de sofrer intervenções externas provindas da sociedade envolvente, tal manuseio de medicinais é guiado pelo conhecimento tradicional.

Barroso (2009) nos indica que o uso de medicinais também podem ser entendidos como experiências de cura e cuidado entre as mulheres, mais

especificamente no que diz respeito ao uso no pós-parto, a autora defende tais práticas servem para combater a inflamação da mulher de resguardo, dor de cabeça e para evitar hemorragias.

Almejando identificar o número de mulheres que praticaram diversos cuidados tidos como tradicionais, em complemento a medicina moderna, organizamos o gráfico 05 que nos mostra o número de mulheres que utilizaram plantas no pós-parto e também fizeram o resguardo.

Gráfico 05: Número das mães que utilizaram plantas medicinais no período pós-parto e que fizeram resguardo.



Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

O resguardo ou quarentena é o período pós-parto, em que a puérpera passa por novas transformações hormonais, emocionais e corporais retornando à forma de antes da gestação, com exceção das mamas que aumentam de volume por conta da lactação. Esse período pode variar de acordo com o sexo do recém-nascido, segundo a tradição local são 40 dias de resguardo para meninas e 41 para meninos.

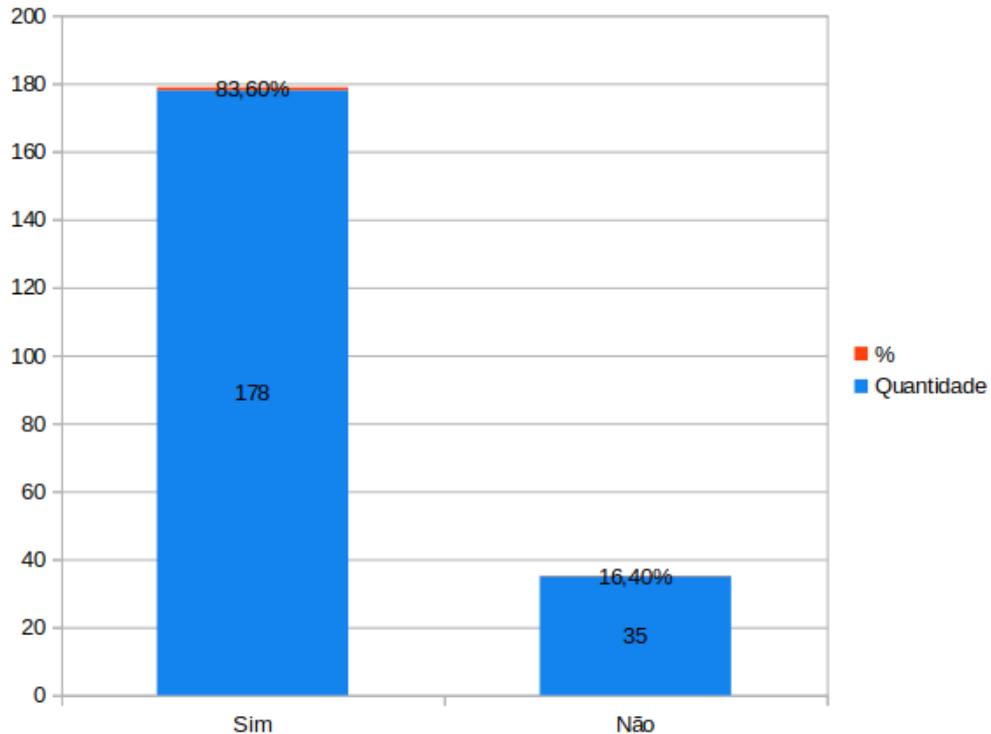
Para Dias-Scopel (2018, p. 167), ao estudar sobre o autocuidado na gestação, parto e pós-parto entre os Munduruku, foi possível identificar que “o resguardo pode ser entendido como um conjunto de práticas manejadas com a intenção de prevenir ou minimizar enfermidades e infortúnios que, em última instância, implicam risco de vida”, mais que um cuidado biofísico o resguardo atinge dimensões que podem se perpetuar por toda a vida da parturiente, se estendendo inclusive a família.

No entanto, Pereira (2016, p. 593 - 594) ressalta que, após o parto “inicia-se outro ritual, também pautado numa série de proibições e procedimentos a serem seguidos pela ‘mulher parida’”, por vezes esses procedimentos e proibições sofrem algumas mudanças engendrada pela parturiente devido sua necessidade de trabalho.

Esse tempo de resguardo, portanto, tem o objetivo de manter a saúde física e mental da mulher. Consta, no saber popular, que os males adquiridos neste tempo só podem ser curados no próximo resguardo e caso ela não tenha mais filhos a doença se eterniza. Isso justifica o grande cuidado durante este período, uma vez que 91,5% afirmaram ter feito resguardo, e 90,1% se impuseram alguma restrição alimentar ou sexual durante o resguardo.

Ao serem perguntadas em relação a possíveis orientações recebidas, em especial ligada a amamentação, obtivemos o resultado seguinte, possível de ser visualizado no gráfico 06:

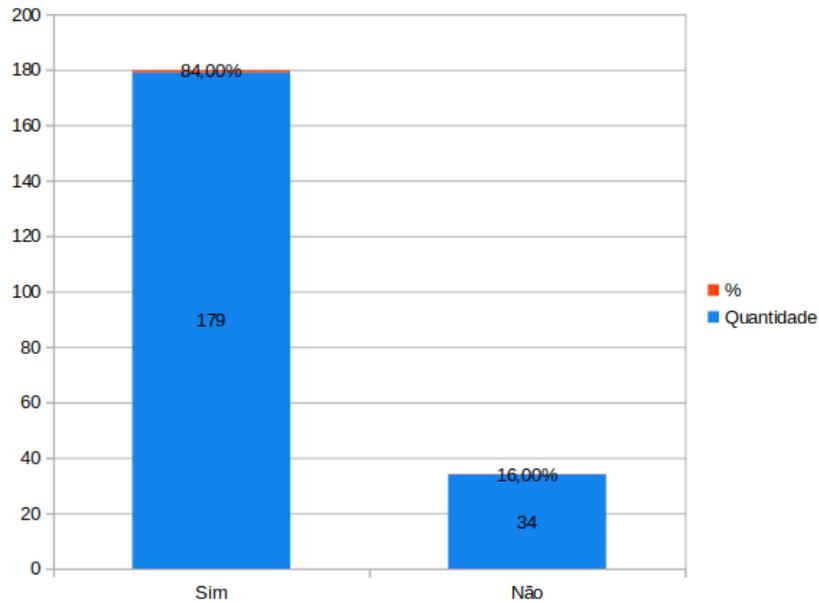
Gráfico 06: Número das mães que utilizaram plantas medicinais no período pós-parto e receberam orientação para amamentação.



Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Quanto a receber alguma orientação alimentar para aumento de lactação 83,6% responderam que sim, e os chás apareceram em número expressivo. O leite e o açúcar aqui também ganharam uma conotação medicinal sendo considerado benéficos para essa etapa da mulher recém-parida. E estes cuidados foram exercidos por outra mulher para 84% das que responderam à pesquisa, majoritariamente uma familiar (94,4%), na forma chás, banhos e garrafadas/queimadas ou fervidas, vide gráficos 07 e 08, respectivamente.

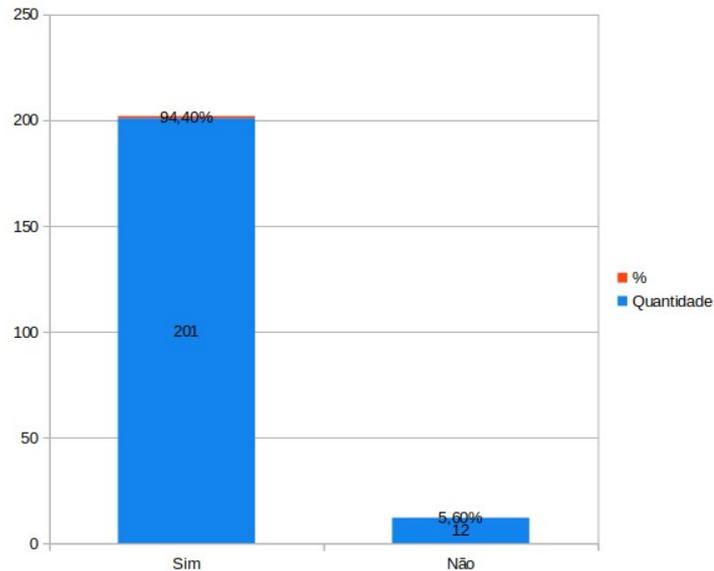
Gráfico 07: Número das mães que utilizaram plantas medicinais no período pós-parto e tiveram uma rede de apoio feminina.



Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Como podemos visualizar no gráfico acima (07), a maior parte das mulheres que utilizaram plantas medicinais no pós-parto foram cercadas em uma rede de apoio feminina, que vai desde as orientações e preparo das medicinais, assim como de orientações sobre como iniciar a vida materna, em especial na primeira gestação, com dicas de como amamentar, de como produzir mais leite materno etc.

Gráfico 08: Número das mães que utilizaram plantas medicinais no período pós-parto e tiveram orientação e cuidados de outras mulheres da família.



Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Para finalizar a análise dos dados iniciais, o gráfico 08 nos mostra que ainda que a rede de apoio feminina possa ser mantida por todas e por qualquer mulher, sem necessariamente possui vínculo de parentesco e afetivo, a grande parte das mulheres (201 de 213) tiveram na sua rede de apoio feminina a figura de outra mulher da família, sobretudo de mulheres que já passaram pela experiência materna.

Por fim, identificamos uma expressão das ruralidades, aqui vistas especialmente no espaço urbano, no uso de plantas medicinais no pós-parto. Deste modo, compreendemos o quanto se faz de forma complexa a utilização de saberes tradicionais e modernos, representando um hibridismo de saberes e de espacialidades em tal prática.

3.2 PARTEIRAS E DOULAS: A CONCEPÇÃO HÍBRIDA DE SUJEITAS E DE MÚLTIPLAS ESPACIALIDADES EM SUAS PRÁTICAS

Como discorrido nos itens anteriores, mostra-se importante pontuar que assim como nas práticas tradicionais, o parto realizado por parteiras (locais/tradicionais/rurais), por mais que não se apresente ou seja reconhecido pelo

termo, é apropriado por novos sujeitos pelo termo 'parto humanizado'. Esse processo de construção da prática alternativa do cuidado do corpo feminino em gestação, fundamentado em uma ruralidade e corporalidade ressignificadas

Essa prática cultural patrimonial fundamenta-se na trama do corpo com o contexto socioespacial em que se insere, portanto do espaço vivido (do cotidiano), de suas transformações (resistências e adaptações) diante do contexto da modernização do espaço rural e urbano de determinada região. Isso implica em entender os espaços e tempos que cada sociedade produz para atuar com/na natureza, com o corpo, a mente e seu entorno socioespacial.

Lembramos que estas espacialidades do cuidado feminino, praticadas pelas doulas englobam e se traduzem em corporeidades, isto é, implicam em um recorte espacial e temporal: do espaço rural ao espaço urbano, do espaço da rede hospitalo-fármaco-maternal ao espaço do corpo feminino. Ou seja, as práticas patrimoniais originárias do rural ressignificado no urbano são confrontadas, mas também complementadas (hibridizadas) com as práticas hospitalares sobre a reprodução da vida em um contexto socioespacial que incluem aspectos ligados ao pré-natal, parto, puerpério e cuidados com os recém-nascidos.

Para Gusman et al (2017) o parto e o nascimento são eventos carregados de simbolismos, crenças e práticas que variam de acordo com o tempo e espaço. Em uma sociedade pautada pela necropolítica nas desigualdades materiais e na colonialidade da mente, pretende-se subordinar as formas não 'medicalizadas' de assistência ao parto, buscando sujeitaras formas contra hegemônicas de cuidado do corpo materno e do bebê à tradução científica a partir da formação (adequação) e capacitação sociotécnica dos sujeitos subalternos.

De acordo com Pimenta et al (2013) em um trabalho de revisão de 2002 a 2012 sobre o parto realizado por mulheres, o parto domiciliar corresponde ao sentimento positivo, atrelado ao conforto, autonomia, privacidade e principalmente a liberdade de movimento. As doulas, ainda que sendo outras sujeitas sociais e em uma espacialidade diferente da domiciliar, ao atuarem no espaço hospitalar, representam o sentimento positivo vivenciado nos partos domiciliares, sendo a figura feminina de segurança para as parturientes.

Conforme Leão e Bastos (2001), no texto intitulado *Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: Experiência do Hospital Sofia Feldman*, o apoio durante o parto, chamado também de suporte intraparto é realizado por diversos tipos de profissionais, a exemplo das: enfermeiras, parteiras e de acompanhantes treinadas, as denominadas doulas.

Para as autoras citadas acima, os serviços oferecidos pelas doulas, que diferentemente das parteiras, é quase sempre remunerado economicamente, produzem efeitos extensivos e significativos, sendo seguro e com comprovados resultados psicossociais e obstétricos. Ainda que pareça algo novo, o primeiro trabalho sobre doulas foi realizado em 1980 (LEÃO; BASTOS, 2001), o que nos indica a importância de tal prática, onde:

Assim, a presença constante da doula ao lado da parturiente, tranquilizando-a, encorajando-a e provendo conforto físico, reduz a ansiedade materna e conseqüentemente os níveis de catecolaminas circulantes. A parturiente se sente mais segura e tranqüila, o trabalho de parto transcorre mais rapidamente, necessitando de menos intervenções obstétricas. Os achados destes estudos sugerem a importância do suporte intraparto e apontam a doula como uma opção segura e eficaz (LEÃO; BASTOS, 2001, p. 92).

Para as autoras Souza e Dias (2010) ao analisarem trabalhos sobre doulas, apresentam 2 grandes eixos temáticos a partir das experiências de doulagem, sendo: a criação de um caminho para a humanização de partos em ambientes hospitalares, bem como a criação de vínculos e de acolhimentos entre mulheres. Para as autoras, as doulas ofertam um cuidado no parto que envolve a escuta ativa, atitudes de respeito, acolhimento técnico e amor.

Ao apresentar a ligação entre um trabalho técnico e igualmente sensível e humano, as doulas representam o sujeito social híbrido entre o moderno e o tradicional, o rural e o urbano, funcionando como “uma interface entre a equipe de saúde e a parturiente” (SOUZA; DIAS, 2010, p. 494).

Todavia, vale destacar que a inserção das doulas como sujeitas híbridas em um espaço colonial de controle de saberes e de corpos, em especial dos femininos, representa tensões entre modelos de cuidados divergentes (BARBOSA; et al, 2018). São essas tensões que transformam as doulas como sujeitas de resistência e

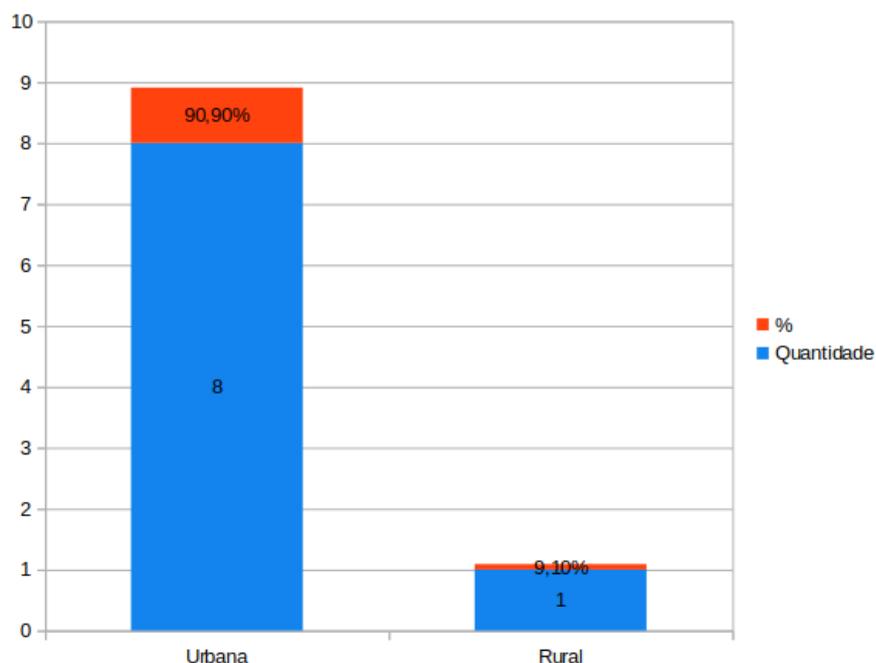
demandam estratégias de enfrentamento para que as doulas possam de fato atuar em um mercado médico que almeje o parto humanizado em ambientes hospitalares.

Para o autor, as doulas são integrantes de um movimento que luta pela humanização do parto e do nascimento, em especial no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo uma forte ligação com suas ancestrais simbólicas, as parteiras. Frisamos ainda que o trabalho das doulas, ainda que elas também sejam acompanhantes, não deve ser confundido com o apoio oferecido por acompanhantes como pai, mãe, companheiro/a, e outras pessoas que possuem relação afetiva com a parturiente.

Como apresentado no capítulo metodológico, 09 (nove) doulas foram entrevistadas a fim de buscar compreender as vivências das mesmas na rede de doulagem e se há um reconhecimento enquanto sujeitas híbridas e de resistências frente ao fenômeno da medicalização e se estas ainda praticam algumas formas de ruralidade seja no espaço domiciliar ou em hospitais.

Para iniciarmos as análises do segundo formulário desenvolvido, apresentamos no gráfico 09 a origem espacial das doulas, onde:

Gráfico 09: Origem espacial das doulas entrevistadas.

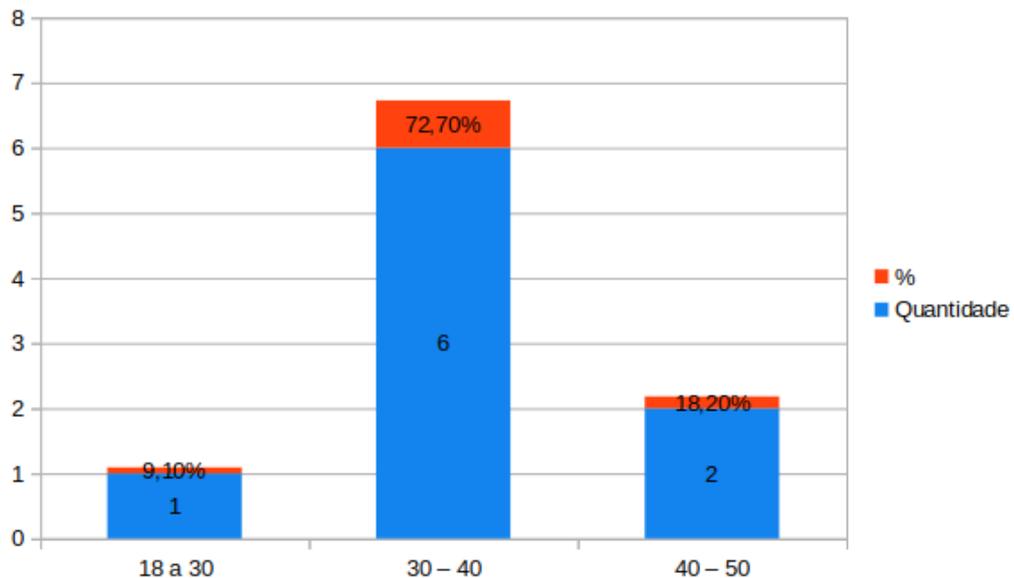


Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Observamos que a maioria das doulas, (8 entre 9) são oriundas do espaço urbano, tendo também o espaço urbano como seu principal espaço de atuação, possuindo experiência em partos domiciliares, mas principalmente como acompanhantes em partos hospitalares.

Já os dados sobre a idade das doulas mostram que a maioria das entrevistadas possui entre 30 e 40 anos (72%), seguida as mulheres com 40 a 50 anos (18%), e por último das mais jovens (9%) que correspondem a faixa de 18 a 30 anos, como é possível de identificar no gráfico 10.

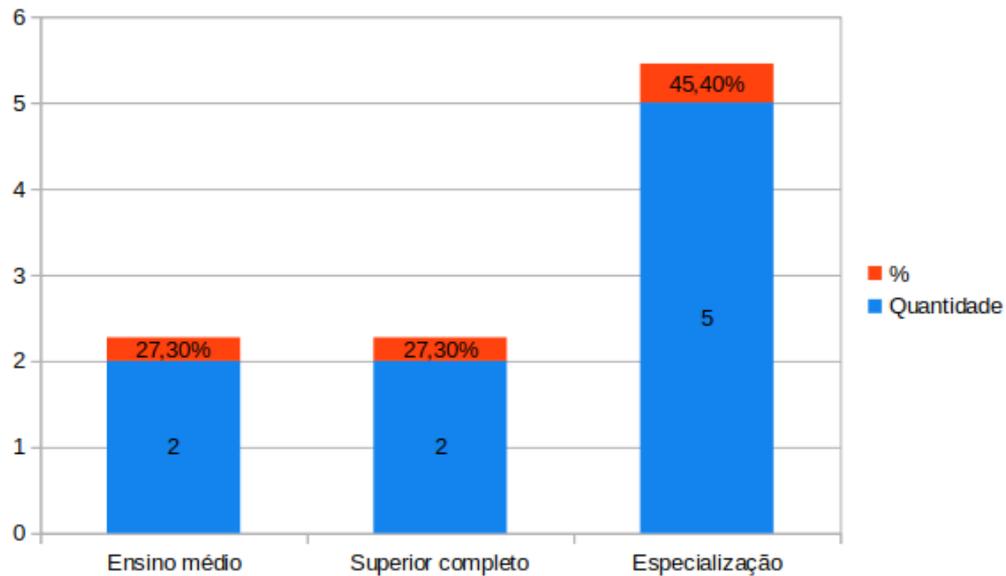
Gráfico 10: Idade das doulas entrevistadas.



Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Em relação a escolaridade das doulas entrevistadas, o resultado segue no gráfico 11, como pode ser observado a seguir:

Gráfico 11: Escolaridade das doulas entrevistadas.

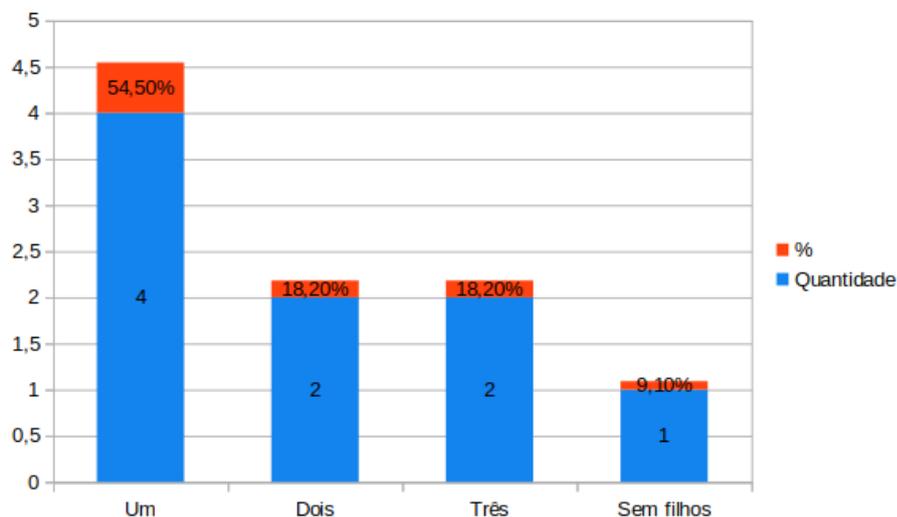


Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Quarenta e cinco por cento das doulas entrevistadas possuem especialização. Vinte e sete por cento possuem graduação. Juntas correspondem a mais de setenta por cento da amostra, seguidas de mulheres com ensino médio completo (27%). A amostra, portanto, aponta para um grau de escolaridade superior e que, porventura, nos leva a inferir sobre as formas de acesso às informações e de entendimento sobre eventuais questões atinentes às práticas de cura alternativas e científicas.

Já no gráfico 12, a seguir, observamos se as doulas possuem filhos ou não, e caso possuam, qual o número de filhos.

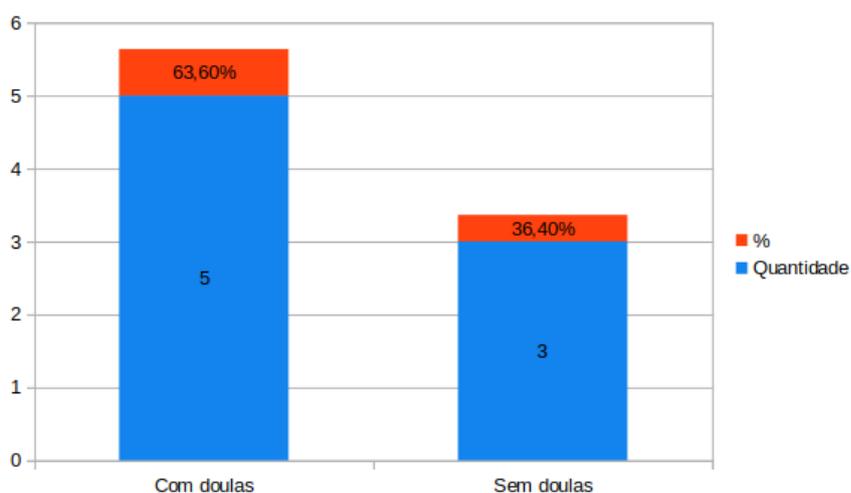
Gráfico 12: Quantidade de filhos das doulas entrevistadas.



Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Noventa e um por cento da amostra são mães, que possuem um filho (54%), dois (18%), e três filhos (18%). Apenas nove por cento, neste caso, uma doula, não possuem filhos. Além disso, do total da amostra, 63% tiveram seus partos assistidos por doulas, ao passo que o restante (34%) não o tiveram dessa forma, conforme o gráfico 13.

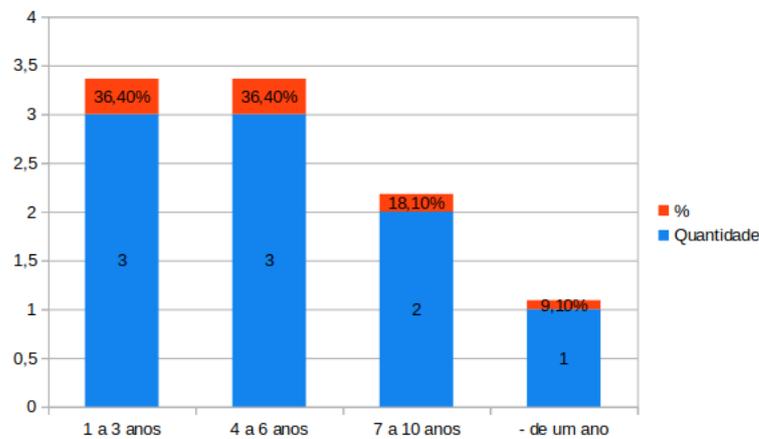
Gráfico 13: Experiência do parto das doulas entrevistadas.



Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

No que se refere às experiências como doulas, 36% (trinta e seis por cento) diz possuir entre um a três anos de prática na doulagem, enquanto os outros trinta e seis por cento possuem entre quatro e seis anos de experiência na área. Já outros dezoito por cento possuem mais de sete anos de experiência, em contrapartida, apenas nove por cento informou que é recente como doula (menos de um ano), de acordo com o gráfico 14, a seguir:

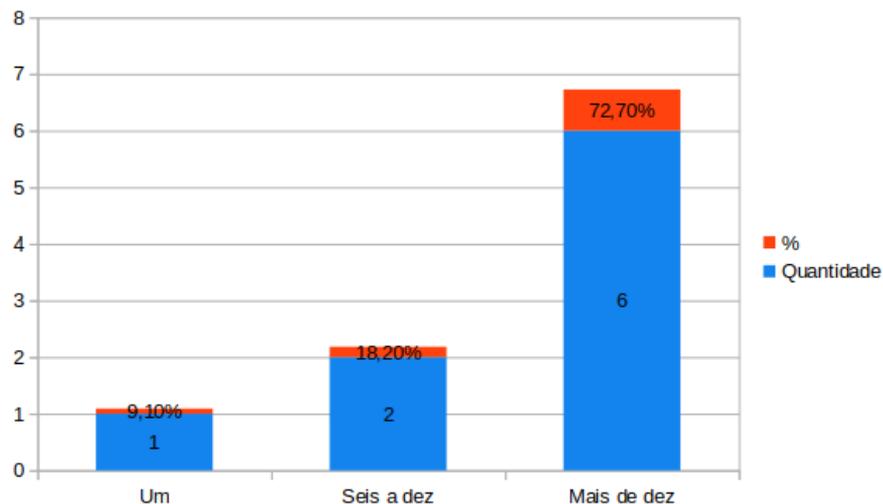
Gráfico 14: Tempo de atuação das doulas entrevistadas.



Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

No que diz respeito as 09 (nove) entrevistadas, salienta-se que 72% (setenta e dois por cento) realizou mais de dez atendimentos, de acordo com o gráfico 15.

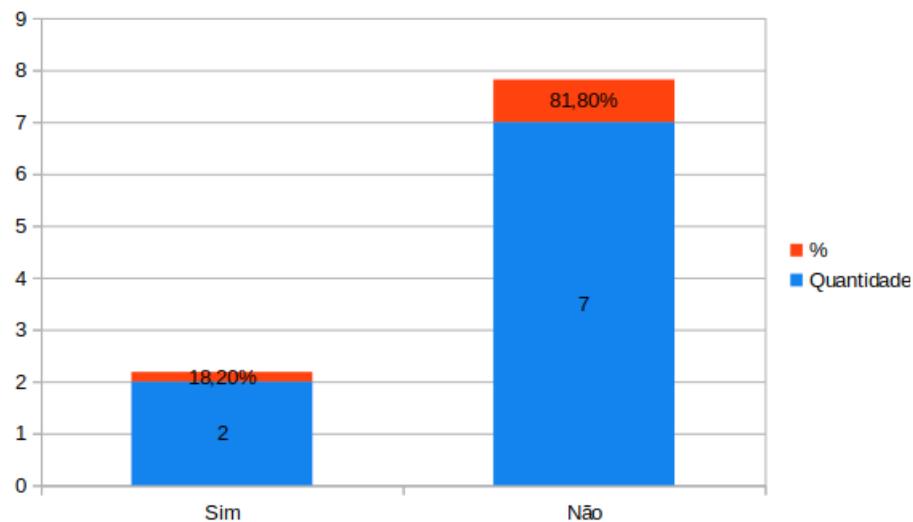
Gráfico 15: Número de partos acompanhados pelas doulas entrevistadas.



Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Quando pensamos na relação dialógica das doulas com suas ancestrais sociais, as parteiras, identificamos que de forma empírica, a grande maioria não possui experiência e contato com parteiras tradicionais, correspondendo a cinco entre as quatro doulas entrevistadas, ou seja, mais de 54%, vide gráfico 16.

Gráfico 16: Número de doulas entrevistadas que possuem experiência com parteiras tradicionais.

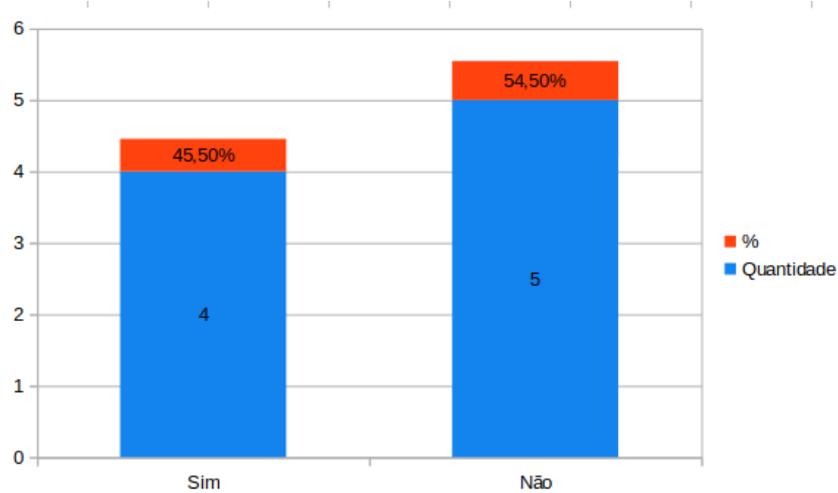


Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Os resultados, neste caso, nos indicam que ainda que as doulas, em seu trabalho, exercem uma ação que possui referências nas práticas das parteiras, a sua atuação tem maior vínculo com as práticas ensinadas em cursos profissionalizantes, ao contrário das parteiras que exercem seus saberes a partir de uma herança passada de forma oral e geracional.

Quando questionadas em relação ao seu conhecimento prático, a maioria, mesmo que na prática possuam referências, não sabem se realizam práticas tradicionais de parteiras em seus trabalhos, como podemos observar no gráfico 17, a seguir:

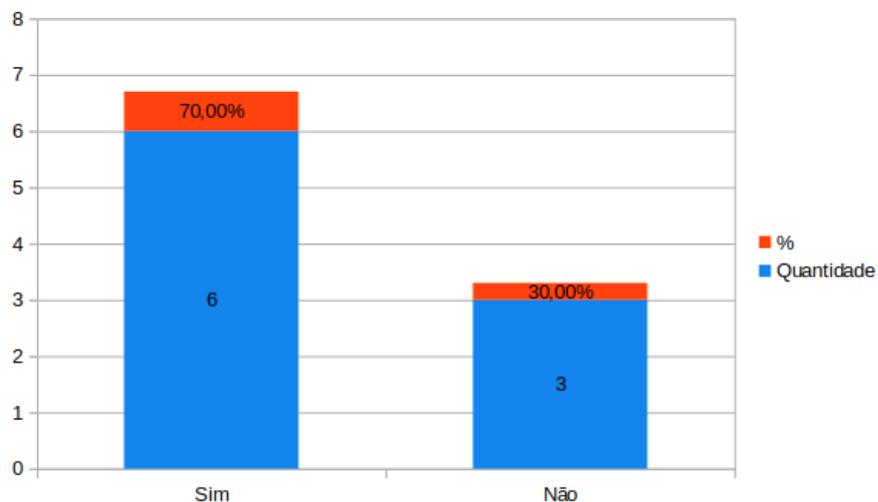
Gráfico 17: Número de doulas entrevistadas que realizam práticas tradicionais de parteiras nos partos que acompanham.



Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Contudo, de forma complexa, a maioria das doulas (seis entre nove) se reconhecem enquanto sujeitas híbridas, seja pelas especialidades que frequentam, seja pelas origens de seus saberes, como pode ser verificado no gráfico a seguir, de número 18.

Gráfico 18: Número de doulas entrevistadas que possuem o reconhecimento de uma identidade híbrida em relação aos seus saberes e práticas.

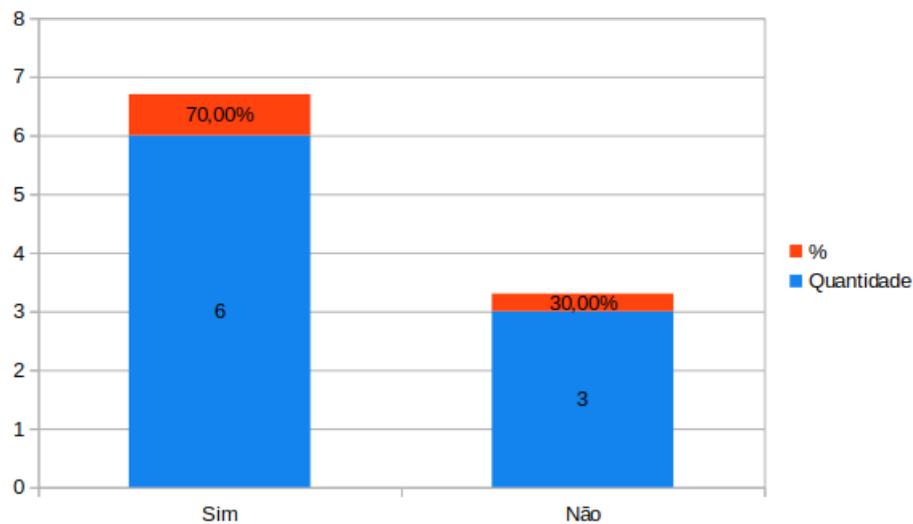


Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Diferentemente de suas ancestrais, as parteiras, as doulas, em um contexto urbano e moderno, entendem o seu trabalho não mais como um dever e como uma rede de apoio guiada essencialmente por vínculos e por dons.

Deste modo, a maioria das doulas têm na doulagem sua principal fonte de renda, reconhecendo seu trabalho como um significado de cuidado, mas também como uma forma de geração de renda, como é apresentado no gráfico 19, a seguir:

Gráfico 19: Número da doulas entrevistadas que possuem a doulagem como principal fonte de renda.



Fonte: Dados sistematizados e organizados pela autora, 2022.

Por fim, identificamos que falta uma abordagem histórica crítica no currículo pedagógico de formação das doulas; em seus cursos profissionalizantes não dispõem de informações sobre a origem de seus conhecimentos, sobre suas ancestrais, o que por sua vez contribui para a invisibilização das parteiras.

Todavia, também é perceptível que as doulas se veem em um lugar político social de resistência no que se refere a equipe multidisciplinar de trabalho, tendo em vista as tensões causadas nos ambientes hospitalares que modo que modo, apontamos para uma marginalização das expressões de uma ruralidade tradicional em ambientes modernos e urbanos dominados pelo imaginário tecno científico de cura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que as práticas tradicionais de cuidado em relação ao pós-parto ainda abrigam o uso de plantas medicinais e essas por sua vez não estão separadas de questões mítico-religiosas, mesmo em contextos de modernidade onde a ciência está legitimada.

Os cuidados aplicados às puérperas estão vivos na espacialidade íntima do lar, onde são reproduzidos os saberes relativos ao cuidado feminino, e essas práticas não se restringem apenas para tratar o corpo e mente da mulher recém-parida, mas corroboram para fortalecer elos simbólicos entre o grupo.

Desse modo, entre o moderno e o tradicional percebemos um cenário de transformações das redes da medicina popular - *a priori* construídas no espaço rural tradicional. Sua reterritorialização se faz presente em espaços urbanos, ao mesmo nos municípios aqui analisados, mesmo estando imersos no processo de modernização da região, agentes sociais recriam suas práticas de cuidar com base em seus cotidianos. Nesse contexto, os saberes do cuidado materno-infantil com origem na medicina rural são ressignificados e reapropriados em espaços urbanos, hibridizando-se com os saberes da medicina e farmacopéia modernas.

Conforme Lorena Cabnal (2010) o feminismo comunitário tem como processo de construção epistêmica a relação do corpo com a terra e território, e por sua vez a medicina originária está presente na cotidianidade dos povos indígenas, sendo assim considerada como ato emancipatório que nos permite assumir a corporalidade individual e coletiva como território próprio e irrepetível, fortalecendo o sentido de afirmação da existência, do ser e estar no mundo. Nesta perspectiva a ontoterritorialidade se torna libertadora ao conectar corpo a mente, sentir (emoção) ao pensar (razão), o biológico ao social, arte à técnica.

Assim, o saber patrimonial da medicina popular remete a uma lógica tradicional de cuidado que escapa da estrita racionalidade científica ancorada no cogito cartesiano (penso logo existo) - que adaptado aos dogmas da medicina moderna poderia ser interpretado como 'penso logicamente me curo'. O conhecimento sobre o cuidado pós-parto permanece ativo, territorializado na mente e no corpo como estratégia social de resistência a dominação do saber.

Por fim, os resultados nos mostram que há sim práticas híbridas e de resistência oriundas pelas ruralidades nos espaços urbanos, sejam eles em ambientes domiciliares ou em hospitais. O uso das plantas medicinais por mulheres em contexto urbano nos confirma tal ponto.

Já em relação as doulas, que se reconhecem como sujeitas híbridas, as tensões são mais fortemente ligadas ao reconhecimento de seus saberes em detrimento do saber científico e técnico da medicina moderna. Contudo, as mesmas não possuem o reconhecimento e a valorização necessário em relação as suas ancestrais sociais, as parteiras.

Deste modo, destacamos a importância e a contribuição da análise geográfica para a complexidade de um fenômeno social sobre a reapropriação de saberes tradicionais que possuem uma relação dialógica entre múltiplas espacialidades, como observado aqui neste trabalho em relação ao rural, ao urbano, e também com relação de partos domiciliares e em hospitais.

REFERÊNCIAS

- ACKER, Justina; et al. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Revista Brasileira de Enfermagem** v. 59, n. 5, p. 647 – 651, 2006.
- ANDRADA, Letícia. O debate da violência contra a mulher no processo e na experiência do parto em Belo Horizonte/MG. **Revista Gênero e Políticas Públicas**, v. 5, n. 1, p. 326 - 340, 2018.
- BARBOSA, Murillo; et al. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 420 – 429, 2018.
- BARROSO, Iraci. Os saberes de parteiras tradicionais e o ofício de partejar em domicílio nas áreas rurais. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, n. 2, p. 1 – 14, 2009.
- BESSA, Lucineide. Condições de trabalho de parteiras tradicionais: Algumas características no contexto domiciliar rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, n. 3, p. 250 – 254, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília, DF, 1996.
- CABNAL, Lorena. Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala. In: ACSU (Org). **Feminismos diversos: el feminismo comunitario**, Madrid: Las Segovias, 2010, p. 11 – 25.
- CASSIANO, Alexandra; et al. Expressões da violência institucionalizada ao parto: Uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, v. 15, n. 4, p. 452 - 489, 2016.
- CASTRO, Marta; FIGUEIREDO, Flávio. Saberes tradicionais, biodiversidade, práticas integrativas e complementares: O uso de plantas medicinais no SUS. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 31, p. 56 – 70, 2019.
- CASTRO, Marta. Contribuição do uso de plantas medicinais na autonomia dos cuidados com a saúde. **ASKLEPION: Informação em Saúde**, v. 2, n. 1, p. 160 - 171, 2022.
- CLARINDO, Maximillian; STRACHULSKI, Juliano; FLORIANI, Nicolas. Curandeiros parintintin e benzedeadas: Reprodução do saber popular de cura. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 31, p. 105 – 124, 2019.
- CLARINDO, Maximillian; NABOZNY, Almir. Da razão funcional entre ambiente e saúde às epistemologias outras em Geografia da Saúde a partir da “r-existência” dos saberes populares. **Geografia Ensino & Pesquisa**, v. 26, e.13, p. 1 – 29, 2022.

COLUCCI, Danielle; SOUTO, Marcus. Espacialidades e territorialidades conceituação e exemplificação. **Geografias**. p. 114 -127, 2011.

CRISTALDO, Heloisa. Parteiras renascem com mais segurança e técnicas tradicionais: Profissão ainda precisa de auxílio financeiro e regulamentação. **Agência Brasil**, 2020. Disponível em: [https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-01/parteiras-renascem-com-mais-seguranca-e-tecnicas-tradicionais#:~:text=Atualmente%2C%20o%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde,reconhecida%20pela%20comunidade%20como%20parteira](https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-01/parteiras-renascem-com-mais-seguranca-e-tecnicas-tradicionais#:~:text=Atualmente%2C%20o%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde,reconhecida%20pela%20comunidade%20como%20parteira.). Acesso em: 27 de agosto de 2022.

DALLA ZEN, Ana. A crise de paradigmas e a resignificação do conhecimento para o século XXI. **Em Questão**, v. 16, n. 2, p. 49 - 63, 2010.

DIAS-SCOPEL, Raquel. **A Cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: autoatenção e medicalização entre os índios Munduruku**. 2ªed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018, 210p.

DIEGUEZ, Flávio. Uma viagem pela complexa geografia do SUS. **Outras Palavras**. 2021. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/uma-viagem-pela-complexa-geografia-do-sus/>. Acesso em: 21 de julho de 2022.

DINIZ, Carmem. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 10, n. 3, p. 627 – 637, 2005.

FARIA, Rivaldo. Geografia da mortalidade infantil do Brasil: variações espaciais e desigualdades territoriais. **Geosp**, v. 20, n. 3, p. 602 - 618, 2016.

FLORIANI, Nicolas. Medicina popular, catolicismo rústico, agrobiodiversidade: o Amálgama cosmo-mítico-religioso das territorialidades tradicionais na região da Serra das Almas, Paraná, Brasil. **GEOGRAFIA**, v. 41, n. 2, p. 331 - 350, 2016.

FONSECA, Tauanne; EVARISTO, Marília; BOMFIM, Aline. Evolução da assistência do parto: Revisão de literatura. In: **ANAIS...** Simpósio Interdisciplinar de Saúde, v, 1, n. 1, p. 83 – 87, 2019.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008, 244p.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

GUSMAN, Cristiane; et al. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: Reflexão sobre desafios. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v. 37 n.4/5, p. 365 – 370, 2017.

HOLLOWATE, Isaias. **A eugenia nas páginas do jornal Diário dos Campos (Pr) 1908-1916**. 2018. Dissertação de Mestrado Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2018.

LEÃO, Míriam; BASTOS, Marisa. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: Experiência do Hospital Sofia Feldman. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 90 – 94, 2001.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O pensamento selvagem**. São Paulo: Papirus, 1989.

MASSEY, Doreen. **Pelo espaço: uma nova política da espacialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009. 312p.

MENEZES, Antonia; et al. Dificuldades na assistência ao parto normal em região rural: Uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem**, v. 95, n. 34, p. 1 – 15, 2021.

MESQUITA, Elaine. Entre práticas e saberes. Parteiras práticas, parteiras técnicas e médicos-parteiros. In: **18º REDOR Perspectivas Feministas de Gênero – Desafios no campo da militância**. Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco. 24 a 27 de novembro de 2014, p. 753 - 765. Disponível em: <http://www.ufpb.br/evento/index.php/18redor/18redor/paper/view/2311/674>. Acesso: 13 de setembro de 2022.

MUNIZ, José; SILVA, Luiz Everson. “Mais que isso eu não posso falar”: Notas sobre benzedeadas e parteiragens caiçara em Guaraqueçaba/PR. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. 12, n. 23, p. 31 - 43, 2016.

OLIVEIRA, Rônison de; PERALTA, Nelissa; SOUZA, Marília. As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 33, p. 79 – 100, 2019.

PEREIRA, Ana; CUNHA Maria. Medicina popular e saberes tradicionais sobre as propriedades medicinais da flora cerradeira. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. v. 11, n. 21, p. 126 - 137, 2015.

PEREIRA, Marina. Associação das Parteiras Tradicionais do Maranhão: Relato de assistência ao parto. **Saúde Sociedade**. v. 25, n. 3, p. 589 - 601, 2016.

PIMENTA, Déborah; et al. El parto realizado por matronas: Una revisión integradora. **Enfermería Global**, n. 30, p. 482 – 493, 2013.

PINHEIRO, Patrícia; et al. **Revista Ártemis**, vol. XXVII n. 1, p. 306 – 321, 2019.

QUEIROZ, Maria. Sociologia - O Catolicismo Rústico no Brasil. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, n. 5, p. 104 - 123, 1968.

SABOURIN, Eric. **Camponeses do Brasil entre a troca mercantil e a reciprocidade**. Rio de Janeiro: Editora Garamound, 2009, 333p.

SANTOS, Adriana Rosa dos. **O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (2000-2010): Uma análise com enfoque de gênero**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso - Pós-graduação Lato Sensu em Avaliação de Políticas Públicas do Instituto Legislativo Brasileiro/Senado Federal. Brasília, 2018.

SILVA, Joseli Maria. Ausências e silêncios do discurso geográfico brasileiro: uma crítica feminista à geografia eurocêntrica. In: SILVA, Joseli Maria (Org.). **Geografias Subversivas. Discursos sobre espaço, gênero e sexualidades**. Ponta Grossa: Toda Palavra, 2009. p. 55 – 92.

SILVA, Joseli Maria; ORNAT, Marcio Jose; CHIMIN JUNIOR, Alides Baptista. Geografias feministas e pensamento decolonial: a potência de um diálogo. In: SILVA, Joseli Maria; ORNAT, Marcio Jose; CHIMIN JUNIOR, Alides Baptista. **Diálogos Ibero- Latino-Americanos sobre Geografias Feministas e das Sexualidades**. Ponta Grossa: TodaPalavra, 2017. p. 11 - 30.

SILVA, Maria das Graças. **Parteiras ribeirinhas: Saúde da mulher e o saber local**. 2004. Tese de Doutorado em Geografia. - Universidade Federal do Pará, Belém, 2004.

SILVA, Meyrenice; et al. Parto e nascimento na região rural: A violência obstétrica. **Revista de Enfermagem – UFPE Online**, v. 12, n. 9, p. 2407 - 2417, 2018.

SILVA, Sandra. **Parteiras Tradicionais: Atenção à gestação e ao parto em uma comunidade rural Amazônica do Município de Itacoatiara – Amazonas**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2017.

SIMON, Carolina; BORSOI, Bruna. Uma Geografia para todas as saúdes: Feminismo como direção para promoção da saúde. **Metodologias e Aprendizado**, v. 5, p. 49 - 66, 2022.

SOARES, Rackynelly; MORAES, Ronei; TOLEDO, Rodrigo. Mortalidade infantil no contexto da ruralidade brasileira: Uma proposta para a superação da invisibilidade epidemiológica e demográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, p. 1 – 14, 2020.

SOUZA, Karla; DIAS, Maria. História oral: A experiência das doulas no cuidado à mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 493 – 499, 2010.

TORNQUIST, Camen. Parteiras Populares entre o Folclore e a Escuta. **Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero- NUTEG**, v. 6, n. 1, p. 61 - 80, 2005.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino** – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

WANDERLEY, Maria. **O mundo rural como um espaço de vida: reflexões sobre a propriedade da terra, agricultura familiar e ruralidade** - Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 336 p.

WOORTMANN, Ellen F. **Herdeiros, Parentes e Compadres: colonos do Sul e sitiantes do Nordeste**. São Paulo: Hucite, 1995.