

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

SANDRA TAVEIROS DE ARAUJO

**O PARTO DE MULHERES QUILOMBOLAS:
CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DE
MADELEINE LEININGER**

MACEIÓ

2017

SANDRA TAVEIROS DE ARAUJO

**O PARTO DE MULHERES QUILOMBOLAS:
CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DE
MADELEINE LEININGER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia (ESENFAR) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), como requisito parcial para obtenção de título de Mestra em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Promoção da vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jovânia Marques de Oliveira e Silva.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cícera dos Santos de Albuquerque.

MACEIÓ

2017

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Janaina Xisto de Barros Lima

A663p

Araujo, Sandra Taveiros de.

O parto de mulheres quilombolas : contribuição para o cuidado na perspectiva de Madeleine Leininger / Sandra Taveiros de Araujo. – 2017. 195 f.

Orientadora: Jovania Marques de Oliveira e Silva.

Coorientadora: Maria Cícera dos Santos de Albuquerque.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2017.

Bibliografia: f. 123-135.

Apêndices: f. 136-192.

Anexos: f. 193-195.

1. Leininger, Madeleine, 1925-2012. 2. Enfermagem. 3. Mulheres – Quilombolas. 4. Gravidez – Cuidado. 5. Parto. 6. Cultura. I. Título.

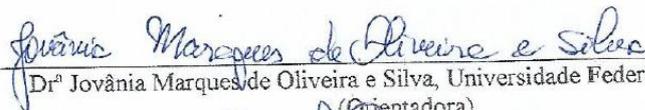
CDU: 616-083:618.4-055.26

Folha de Aprovação

SANDRA TAVEIROS DE ARAUJO

O PARTO DE MULHERES QUILOMBOLAS:
Contribuição para o cuidado de enfermagem na perspectiva de
Madeleine Leininger

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – Área de concentração Enfermagem no cuidado à saúde e promoção da vida e aprovada em 23 de março de 2017.

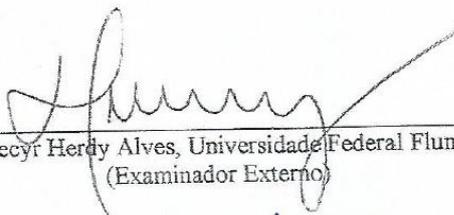


Dr^a Jovânia Marques de Oliveira e Silva, Universidade Federal de Alagoas
(Orientadora)



Dr^a Maria Cícera dos Santos de Albuquerque, Universidade Federal de Alagoas
(Co-orientadora)

Banca Examinadora:



Dr^o Valdecyr Herdy Alves, Universidade Federal Fluminense
(Examinador Externo)



Dr^a Regina Maria dos Santos, Universidade Federal de Alagoas
(Examinadora Interna)

Dedico este trabalho às mulheres da Comunidade de Remanescente Quilombola Muquém por permitir que invadissem a intimidade de suas famílias e lares, modificando suas rotinas e provocando lembranças nem sempre prazerosas, verdadeiras preciosidades sem as quais não poderia existir esta pesquisa. A todas vocês, mulheres, mães, trabalhadoras e eternas cuidadoras, toda minha gratidão!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pelo meu existir e por tudo que tem me concedido ao longo da minha vida. Por me dotar de saúde, energia, sabedoria e, mesmo nos momentos mais difíceis, não permitir que o desânimo dominasse todo meu ser, enviando sempre seus fieis mensageiros, verdadeiros anjos de luz, que pude chamar de amigos ao longo da minha caminhada.

Aos meus pais pelo dom da vida concebida e de toda dedicação e cuidado sem os quais não poderia alcançar nenhuma conquista.

Ao meu esposo, que intensa e pacientemente caminhou comigo tão longa estrada e que esta seja apenas uma etapa de tantas outras que virão.

Aos meus filhos, Yuri e Yago, o melhor de mim! Razão de tudo e para tudo! Que esta seja mais uma história no tempo, registro vivo de todo amor que sinto por vocês.

A um anjo de luz chamado Rafael que tão precocemente Deus chamou ao convívio dos eleitos, mas que sua presença nunca saiu de mim. Saudades eternas!

À minha orientadora, Jovânia Marques de Oliveira e Silva, pela sua dedicação, sabedoria e muita paciência. Enviada de Deus cujos ensinamentos que me conduziram neste mestrado continuarão como aprendizados para a vida.

À minha coorientadora por toda contribuição e carinho que me dispensou ao longo desta trajetória.

Aos colegas de turma por partilharem comigo suas alegrias, solidariedade e sabedoria. Sentirei muita falta de todos vocês.

Aos docentes e colaboradores do PPGENF/UFAL por todo ensinamento compartilhado. Em especial ao Prof. Dr. Jorge Luis Riscado que com seu jeito carinhoso foi quem primeiro me instrumentalizou para aproximação com a temática de meu estudo. Toda minha gratidão!

A banca examinadora por suas preciosas contribuições, que sabiamente direcionavam e me (re)encantava com a descoberta de um mundo novo a desvelar.

Às minhas amigas que não são tantas, mas preciosas, cada uma delas representam muito para mim. Obrigada pelos ombros amigos e pelas lágrimas enxugadas a cada etapa desta jornada.

Conscientemente Negra

Sou negra,
Sou negra beleza pura,
Como é bom ser negra!
Para toda esta beleza
Meu tipo não é europeu.
Venho da África, meu irmão,
Sou negra sem os 68 de cintura.
Como é bom ser negra
Do nariz largo,
Dos lábios grossos,
Dos olhos grandes,
Atentos a tudo.
Dos meus seios redondos já não sai mais leite para teus filhos
Mas sim para os filhos que eu quiser ter.
Eu sei o segredo do caminhar e te envolver –
Cuidado seu moço!
Não sou peça de prostituição!
Não sou mais do teu fogão!
Sou negra do pixaim que exibio com prazer!
Sou negra pro meu nego chamar pretinha!
...
Meu herói não é Princesa Isabel,
Mas sim o grande Zumbi.
Como é bom ser negra!
Sou negra e sou Miss da Negritude;
Sou negra e sou Rainha do Congo, na Angola
Na Nigéria ou no Brasil.
Sou negra apesar de você me denominar moreninha,
Mulata, jambo ou outro matiz.
Sou negra apesar de você não admitir...
(Autor desconhecido)

RESUMO

Esta pesquisa teve por objeto a experiência do parto normal na cultura de mulheres quilombolas. Ao longo da história da humanidade, a assistência à parturiente sofreu diversas modificações, assim, a vivência do parto de um evento familiar e fisiológico passa a ser considerado um potencial risco à saúde da mãe e do bebê, demandando sua hospitalização. Nesse processo de transferência de cenário para assistência ao parto e nascimento diversos saberes e crenças culturais vêm sendo substituídos por práticas de cuidados hospitalocêntricas e não mais centrado na mulher e família. Como consequência da transposição do cenário da parturição, observa-se a excessiva medicalização do parto, em detrimento das necessidades advindas dos componentes social, econômico, cultural, psicológico e espiritual que integram os seres humanos. Este reducionismo do significado do parto a aspectos meramente biológicos enfatiza a necessidade de se repensar a saúde das mulheres parturientes considerando, também, a heterogeneidade cultural dos diversos grupos étnicos existentes no Brasil, tais como os quilombolas, tornando relevante responder a seguinte **questão de pesquisa**: Como as mulheres quilombolas vivenciam o parto normal? **O objetivo geral** da pesquisa centra-se em compreender as experiências sobre o parto e nascimento de mulheres quilombolas, trazendo como **objetivos específicos**: apreender as experiências sobre o parto e nascimento de mulheres quilombolas; identificar os cuidados culturalmente congruentes destinados às mulheres quilombolas que experienciam o parto e nascimento; e analisar os cuidados culturalmente congruentes destinados às mulheres quilombolas que experienciam o parto e nascimento. Partiu-se do **pressuposto** de que as experiências de mulheres quilombolas frente ao fenômeno do parto sofrem influências culturais advindas de vários segmentos que dizem respeito ao seu modo de ser e de viver em comunidade. **O percurso metodológico** adotado alicerçou-se na abordagem compreensivista da pesquisa qualitativa, fundamentado pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Utilizou-se a História Oral Temática como polo técnico para produção de informações. Emergiram como **Unidades Temáticas de Significância**: (1) **Acesso e práticas de atenção à saúde reprodutiva da mulher quilombola no período gravídico**, mostrou-se fragilizado mediante a deficiência na comunicação entre as interfaces da assistência ao pré-natal e ao parto e nascimento, levando a mulher quilombola vivenciar sentimento de medo e insegurança decorrentes da peregrinação na rede de atenção obstétrica, diante do risco real de morbimortalidade materna e neonatal; (2) **O saber local sobre o parto e nascimento** advém principalmente da transmissão intergeracional, principalmente entre as mulheres da comunidade e dos saberes e práticas da parteira tradicional; (3) **Valores culturais acerca do parto e nascimento**, crenças e ritos estiveram presentes nos relatos sobre o universo que permeia a experiência do parto e nascimento de mulheres quilombolas, salientando aqueles relacionados com a presença do divino no ato do nascimento e seu oposto, o profano, expressos através de tabus direcionados à percepção de restos ovulares, especificamente da placenta. Todas as unidades de análise temática foram refletidas à luz do referencial teórico e apresentaram coerência interna com os postulados e pressupostos propostos por Madeleine Leininger permitindo vislumbrar possibilidades de um cuidado de enfermagem congruente com a cultura de mulheres quilombolas do Muquém. Como **considerações finais** viu-se que para as mulheres quilombolas do Muquém a experiência do parto e nascimento é única, especial, inesquecível e que frequentemente remete a sentimentos ambíguos relacionados com medo, ansiedade e tensão, por um lado; e com prazer, felicidade e satisfação por outro. A dualidade entre os sentimentos positivos e negativos apreendidos destas experiências estiveram relacionados com as várias influências das dimensões e interfaces envolvidas no contexto sócio-histórico-cultural e visão de mundo da mulher quilombola. Espera-se que os

resultados deste estudo contribuam para aproximar a enfermagem de saberes e práticas culturais que permeiam a vivência do parto por mulheres quilombolas, com vistas à promoção da assistência de enfermagem a parturientes quilombolas baseada em cuidados culturalmente congruente

Palavras-chave: Mulher. Gravidez. Parto. Enfermagem. População Negra. Cultura.

ABSTRACT

This research aimed at the experience of normal childbirth in the culture of quilombola women. Throughout the history of mankind, parturient assistance has undergone several modifications, thus, the experience of childbirth of a family and physiological event is considered a potential risk to the health of the mother and the baby, demanding hospitalization. In this process of transferring scenery to delivery and birth care, several cultural knowledges and beliefs have been replaced by hospital-centered practices of care and no longer centered on women and the family. As a consequence of the transposition of the parturition scenario, the excessive medicalization of delivery is observed, to the detriment of the needs arising from the social, economic, cultural, psychological and spiritual components that integrate human beings. This reductionism of the meaning of childbirth to purely biological aspects emphasizes the need to rethink the health of parturient women, considering also the cultural heterogeneity of the various ethnic groups in Brazil, such as the quilombolas, making it relevant to answer the following **research question**: How do quilombola women experience normal labor? **The general objective** of the research is to understand the experiences about the childbirth and birth of quilombola women, with the following **specific objectives**: to apprehend the experiences on the childbirth and birth of quilombola women; Identify culturally congruent care for quilombola women who experience childbirth and birth; And to analyze culturally congruent care for quilombola women who experience childbirth and birth. **It was assumed** that the experiences of quilombola women facing the phenomenon of childbirth suffer cultural influences from various segments that relate to their way of being and living in community. **The methodological** approach adopted was based on the comprehensivist approach of qualitative research, based on Madeleine Leininger's Theory of Diversity and Universality of Cultural Care. The Thematic Oral History was used as technical pole for information production. They emerged as **Thematic Units of Significance**: (1) **Access and practices of attention to the reproductive health of quilombola women during the pregnancy period**, was weakened by the deficiency in the communication between the antenatal care and childbirth and delivery interfaces, leading to the quilombola woman experiences a feeling of fear and insecurity arising from the pilgrimage in the obstetric care network, given the real risk of maternal and neonatal morbidity and mortality; ; (2) **Local knowledge about childbirth and birth** comes mainly from intergenerational transmission, especially among women in the community and from the knowledges and practices of the traditional part; (3) **Cultural values about childbirth and birth**, beliefs and rites were present in reports about the universe that permeates the experience of childbirth and birth of quilombola women, highlighting those related to the presence of the divine in the act of birth and its opposite, the Profane, expressed through taboos aimed at the perception of ovular debris, specifically the placenta. All units of thematic analysis were reflected in the theoretical framework and presented internal coherence with the postulates and assumptions proposed by Madeleine Leininger, allowing us to envisage possibilities for a nursing care that is congruent with the culture of Quilombola women in Muquém. **As final considerations**, it was observed that for Quilombola women in Muquem, the experience of childbirth and birth is unique, special, unforgettable and often refers to ambiguous feelings related to fear, anxiety and tension, on the one hand; And with pleasure, happiness and satisfaction for another. The duality between the positive and negative feelings seized from these experiences was related to the various influences of the dimensions and interfaces involved in the socio-historical-cultural context and worldview of quilombola women. It is hoped that the results of this study contribute to the approximation of nursing knowledge and cultural practices that permeate the

experience of childbirth by quilombola women, with a view to the promotion of nursing care to these pregnant women based on culturally congruent care.

Keywords: Woman. Pregnancy. Childbirth. Nursing. Black Population. Culture.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.....	57
Figura 2 - Vista do alto da Serra da Barriga – União dos Palmares – Alagoas/Brasil....	61
Figura 3 - Personalidades Negras são apresentadas ao público na Serra da Barriga.....	61
Figura 4 - Serra da Barriga – Apresentação cultural comemoração pelo Dia de Consciência Negra.....	61
Figura 5 - Apresentação do Coco de Roda da Comunidade Quilombola Muquém.....	62
Figura 6 - Jaqueira que serviu de abrigo para pessoas da comunidade de Remanescente Quilombola Muquém – preservada pela comunidade.....	62
Figura 7 - Coleta de lixo Comunidade Quilombola Muquém.....	63
Figura 8 - Rio Mundaú – Comunidade Quilombola Muquém – União dos Palmares, Alagoas, Brasil.....	63
Figura 9 - Centro Ecumênico Muquém – Comunidade de Remanescente Quilombola Muquém.....	64
Figura 10 – Cartaz Roda de conversa – Sentimentos sobre o parto.....	67
Figura 11 - Arte conhecida como Cabeça de Muquém – artesã local.....	69
Figura 12 - Escultura em cerâmica de representação da cena do parto	103
Figura 13 – Terços utilizados pela parteira durante a assistência às parturientes da Comunidade.....	104
Figura 14 - Tarjetas utilizadas em atividades de Educação em Saúde.....	117
Figura 15 - Cartaz produzidos por Mulheres Quilombolas em uma Roda de Conversa sobre sentimentos que emergem ao pensar sobre o parto e o nascimento.....	117

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quantitativo de Famílias Quilombolas na região serrana dos Quilombos.....	60
Quadro 2 - Caracterização de mulheres Quilombolas.....	71

-

LISTA DE ABREVIATURA

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CORA	Complexo Regulador Assistencial
COREN	Conselho regional de Enfermagem
CPN	Centro de Parto Normal
CRQM	Comunidade de Remanescente Quilombola Muquém
CadÚnico	Sistema de Cadastro Único
DC	Do inglês District of Columbia
ESENFAR	Escola de Enfermagem e Farmácia
FCP	Fundação Cultural Palmares
FNB	Frente Negra Brasileira
GEESS	Grupo de estudo: enfermagem, saúde e sociedade
GT	Grupo de Trabalho
HO	História Oral
HOT	História Oral Temática
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ITERAL	Instituto de Terras e Reforma Agrária de Alagoas
Km	Quilômetro
MSN	Movimento Social Negro
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PHPN	Política de Humanização de Atenção ao Parto e Nascimento
ODM	Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RN	Recém Nascido
RS	Região de Saúde
SEPPIR	Secretaria de Promoção de Políticas para Igualdade Racial
SIM	Sistema de Informações Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFEM	Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
www	Rede de alcance mundial do inglês World Wide Web

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	17
1.1	Aproximação com a temática.....	20
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3	HISTÓRIA E MODELOS DE ATENÇÃO: A CULTURA DO PARTO NO BRASIL.....	25
4	O SER MULHER NEGRA: QUESTÃO DE GÊNERO E DE RAÇA/ ETNIA FRENTE AOS DIREITOS REPRODUTIVOS.....	40
5	ANCESTRALIDADE, MOVIMENTOS HISTÓRICO-SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS À POPULAÇÃO DE PRETOS E PARDOS NO BRASIL.....	46
6	PERCURSO METODOLÓGICO.....	53
6.1	Espaço quadripolar da pesquisa.....	53
6.1.1	Polo epistemológico.....	53
6.1.1.1	Tipo de estudo.....	53
6.1.2	Polo teórico.....	53
6.1.3	Polo morfológico.....	58
6.1.3.1	Cenário do estudo.....	58
6.1.3.2	Participantes da pesquisa.....	64
6.1.3.2.1	Critérios de inclusão.....	64
6.1.3.2.2	Critérios de exclusão.....	64
6.1.3.2.3	Critérios éticos.....	64
6.1.4	Polo Técnico.....	65
6.2	Produção das informações.....	66
6.2.1	Aproximação com os participantes da pesquisa.....	66
6.2.2	Entrevista temática.....	68

6.2.3	Organização das informações produzidas: do oral ao escrito.....	70
7	APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	71
8	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
8.1	Acesso e práticas de atenção à saúde reprodutiva da mulher quilombola no período gravídico.....	76
8.1.1	(In)acessibilidade à rede de atenção ao pré-natal.....	77
8.1.2	(In)acessibilidade à rede de atenção ao parto.....	81
8.2	Saber local sobre o parto e nascimento.....	89
8.3	Valores culturais acerca do parto e nascimento.....	100
8.3.1	Valores, crenças e cuidados na prática da parteira tradicional e sua interface com o sistema profissional na assistência obstétrica.....	102
8.3.2	A intimidade e feminilidade na experiência do parto e nascimento.....	112
8.3.3	Sentimentos que emergem das experiências do parto e nascimento.....	114
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
	REFERÊNCIAS.....	123
	APÊNDICES.....	136
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.).....	137
	APÊNDICE B - Diário de Campo.....	141
	APÊNDICE C - Texto Transcrito – Malaika.....	152
	APÊNDICE D - Texto Transcrito – Tisha.....	155
	APÊNDICE E - Texto Transcrito – Ayomide.....	160
	APÊNDICE F - Texto Transcrito – Etana.....	165
	APÊNDICE G - Texto Transcrito – Tangela.....	169
	APÊNDICE H - Texto Transcrito – Aduoa.....	176
	APÊNDICE I - Texto Transcrito – Adenike.....	179
	APÊNDICE J - Texto Transcrito – Acai.....	186

APÊNDICE L - Texto Transcrito – Abeba.....	187
APÊNDICE M - Formulário para análise do perfil de mulheres quilombolas..	189
APÊNDICE N - Roteiro de entrevista.....	191
ANEXOS	193
ANEXO A - Carta de aprovação – Comitê de Ética.....	194
ANEXO B - Termo de autorização institucional para realização de pesquisa...	195

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa tem por objeto as experiências de mulheres quilombolas sobre o parto normal. O interesse pela temática surgiu da inquietação da pesquisadora que, enquanto enfermeira obstétrica, observou em sua prática cotidiana, que a assistência à mulher parturiente tem sido geralmente, ofertada de forma sistemática e impessoal, ignorando a importância em se considerar a dimensão singular de pessoas para o cuidado à saúde, especialmente quando se trata de grupos sociais minoritários como o caso das comunidades quilombolas.

Entendendo ser a cultura parte inerente aos seres humanos que, vivendo em sociedade atribuem diferentes valores e significados aos fenômenos de forma geral, e que o cuidado integral de enfermagem se dá a partir da interação entre seres humanos, buscando considerá-los em sua totalidade enquanto ser dotado de dimensões que ultrapassam a biológica, propõe-se compreender a experiência do parto, à luz da teoria do cuidado transcultural de Madeleine Leininger, observando como tais experiências podem ser sentidas por mulheres quilombolas.

Ao longo da história, a assistência à parturiente sofreu diversas modificações, desde o local onde acontece o parto passando pelas pessoas que o assistem, modificando assim a forma com que o cuidado é prestado a essas mulheres. De um evento fisiológico e familiar, o parto passa a ser visto como um potencial problema de saúde, demandando hospitalização e tecnologias médicas diversificadas (MATOS et al., 2013).

Como consequência da transposição do cenário da parturição, constata-se a excessiva medicalização do parto, em detrimento das necessidades advindas dos componentes social, econômico, cultural, psicológico e espiritual que integram os seres humanos. Esse reducionismo do significado do parto a aspectos meramente biológicos enfatiza a necessidade de se repensar a saúde das mulheres considerando, também, a heterogeneidade cultural dos diversos grupos étnicos existentes no Brasil, tais como os quilombolas.

O termo “Quilombola” deriva de “Quilombo” e surgiu no tempo em que o Brasil foi colônia de Portugal sendo aplicado a todo agrupamento de, no mínimo, cinco negros, escravos refugiados em qualquer espaço de terra ocupado. Em dias atuais, características próprias da origem quilombola perpetuam-se em seus descendentes por meio da cultura e oralidade (EUGÊNIO; LIMA, 2014).

Até outubro de 2014 existiam no Brasil 2433 comunidades de remanescentes quilombolas reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares. Dessas, 64 estão situadas em

Alagoas; dentre elas, a Comunidade de Remanescente Quilombola Muquém (CRQM), certificada em 19/04/2005, que é a proposta de cenário desse estudo. Estas famílias sobrevivem, basicamente, de benefícios de programas sociais e da agricultura, embora também exerçam a pecuária de subsistência e o artesanato (BRASIL, 2014). Vale ressaltar que a obtenção de informações fidedignas sobre territorialidade e comunidades ainda é um desafio para aplicação de políticas públicas voltadas para estas pessoas. Dados gerados a partir do Sistema de Cadastro Único (CadÚnico), atualizados em julho de 2015, apresentam números ainda maiores (ALAGOAS, 2015).

Da população total do Município de União dos Palmares (AL), onde se localiza a comunidade em estudo, 51,6% pertencem ao sexo feminino, ocupando a 4ª maior taxa de fecundidade da 3ª Região de Saúde (RS) – 2,25 filhos/mulher. Apresenta tendência crescente de gravidez na adolescência (15 a 19 anos), aumento do número de partos cesarianos (32%) e a maior proporção de nascidos vivos de gestantes sem nenhuma consulta de pré-natal (ALAGOAS, 2012).

Apesar da evidente contribuição de dados epidemiológicos para a análise da situação e direcionamento das ações de saúde para as comunidades, não se pode ignorar a importância de tantos outros fatores que interferem na qualidade de vida das pessoas e que não são numericamente passíveis de avaliação, tais como a forma de viver e perceber as experiências de vida, na subjetividade do ser, levando em consideração as construções históricas e culturais dos grupos humanos aos quais pertencem. Nesse contexto, a experiência do parto torna-se um relevante objeto de estudo.

Autores têm considerado a importância do profissional de saúde, desde sua formação acadêmica, estar próximo da realidade loco-regional de uma comunidade, conhecendo e valorizando as crenças e modo de vida dos atores envolvidos, atento às necessidades da integralidade do cuidado, humanização da assistência e uso ponderado de tecnologias (BATISTA; GONÇALVES, 2011; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2009).

Transpondo para a experiência da parturição, nesse entendimento da existência de múltiplos fatores que influenciam a forma de perceber os fenômenos da natureza e diante das poucas contribuições de estudos que abordam a influência da cultura na experiência do parto e nascimento entre mulheres quilombolas, sugerindo um etnocentrismo que culmina na negação de garantia de direitos à cidadania de afrodescendentes brasileiros, faz-se relevante responder a seguinte **questão de pesquisa**: Quais as experiências de mulheres quilombolas relacionadas ao parto normal?

O estudo tem como proposta a produção de conhecimentos que auxiliem à compreensão da enfermagem sobre a assistência obstétrica, respaldando sua prática em cuidados culturalmente congruentes no contexto local e regional, considerando as diversidades geográficas e sociais, além disso, busca a preservação de saberes e valorização da cultura de mulheres quilombolas acerca do fenômeno do parto e nascimento.

O enfoque cultural na saúde reprodutiva de mulheres quilombolas é um assunto de grande relevância na atualidade, visto unir dois temas de grande impacto para estas pessoas, a saber: saúde reprodutiva e da população de afrodescendentes, consoante com as recomendações da Organização das Nações Unidas (ONU) – Resolução nº.68/237 de 2014 – que declara o período de 2015 a 2024 a Década Internacional de Afrodescendentes, com vistas à “necessidade de reforçar a cooperação nacional, regional e internacional com relação ao pleno aproveitamento dos direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos de pessoas afrodescendentes” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013).

Com relação aos direitos reprodutivos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta para a necessidade de um redesenho no modelo de atenção à saúde reprodutiva com vistas à melhoria dos indicadores da assistência obstétrica e neonatal. O Ministério da Saúde do Brasil, signatário das recomendações da OMS, propõe que o modelo hospitalocêntrico que predomina na assistência obstétrica em nosso meio, seja substituído pelo cuidado centrado na mulher.

Apesar do exposto, poucas são as contribuições científicas disponíveis na literatura nacional e internacional que trate da temática envolvendo a importância do cuidado transcultural, especialmente da população de afrodescendente no contexto da saúde reprodutiva, especialmente na assistência ao parto e nascimento, não foi encontrado nenhum estudo que trate da cultura do parto em comunidades de remanescentes quilombolas, fazendo deste um estudo relevante.

Assim, esse estudo tem como **objetivo geral**: compreender as experiências sobre o parto e nascimento de mulheres quilombolas; como **objetivos específicos**: apreender as experiências sobre o parto e nascimento de mulheres quilombolas; identificar os cuidados culturalmente congruentes destinados às mulheres quilombolas que experienciam o parto e nascimento; analisar os cuidados culturalmente congruentes destinados às mulheres quilombolas que experienciam o parto e nascimento.

Partindo do **pressuposto** de que as experiências de mulheres frente ao fenômeno do parto sofrem influências advindas de vários segmentos que dizem respeito ao seu modo de ser

e de viver em sociedade, espera-se com esse estudo aproximar a enfermagem de crenças, saberes e práticas que permeiam a experiência do parto por mulheres quilombolas, contribuindo com a assistência de enfermagem a parturientes quilombolas baseada em cuidados culturalmente congruentes.

1.1 Aproximação com a temática

Em toda sua trajetória profissional, a autora deste estudo demonstrou, desde sua graduação, um sentimento de intensa simpatia e pertencimento às temáticas relacionadas à Saúde da Mulher. Desta forma, ao concluir o bacharelado em enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), buscou realizar um curso de especialização na modalidade de Residência em Enfermagem, no Programa de Residência em Enfermagem na Saúde da Mulher, ofertado pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP).

Ao término da Residência, retorna ao Estado de Alagoas e adentra o mercado de trabalho percorrendo áreas de conhecimentos gerais de enfermagem, trabalhando inicialmente na Estratégia Saúde da Família e, após um ano em Unidades Hospitalares, passando por várias áreas de conhecimentos. Paralelamente, procurou manter-se vinculada à sua área de especialidade ministrando aulas teóricas e práticas em cursos de formação de auxiliares e técnicos em enfermagem.

Fiel à sua formação, desenvolveu trabalho em instituição hospitalar privada relacionada à Saúde Materno Infantil, atuando como enfermeira assistente em centro obstétrico e unidade neonatal, onde permaneceu por três anos, até que aprovada em concurso público estadual, passa a exercer atividades laborais em uma maternidade pública, referência para a assistência obstétrica e neonatal de alto risco.

Na ocasião, começa a realizar atividades assistenciais em Unidade de Terapia Intensiva Materna, pré-parto e centro obstétrico, reintroduzindo, junto a outras colegas de profissão, a prática de assistência ao parto de risco habitual por enfermeiras obstétricas na rotina dessa instituição. Assumindo a gerência deste segmento de assistência à parturiente, que inclui os setores de: Acolhimento e Classificação de Risco; Pré-parto e Centro Obstétrico, passa a repensar as normas e rotinas, bem como os protocolos assistenciais deste serviço com vistas à qualidade da atenção prestada à comunidade.

Dois anos após planeja e executa, junto a um colegiado gestor, a implantação do primeiro Programa de Residência em Enfermagem do Estado, vinculado à Universidade

Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), tendo como área de especialidade a Enfermagem Obstétrica, assumindo a coordenação e vice-coordenação do mesmo em diferentes momentos. Paralelamente, também era implantado o Programa de Residência em Enfermagem Neonatal.

Sem perder de vista a formação profissional, passa a compor o grupo colegiado que mais tarde dará origem ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Cada vez mais envolvida com a formação profissional, começa a lecionar em um Centro de Ensino Superior da capital e presta concurso público para Universidade Federal de Alagoas (UFAL), atendendo ao chamado de edital para professor especialista, sendo aprovada.

Assumindo o cargo docente, desempenha funções inerentes ao cargo de professor, com atividades teóricas e práticas; extensão, gestão e, menos expressivamente, pesquisa. Dentre esses, destaca-se, a Tutoria local do primeiro Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica/Rede Cegonha (CEEQ/Rede Cegonha) – um curso de formação em rede – parceria firmada entre Ministério da Saúde (MS), a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a UFAL.

A condição de docente de ensino superior, bem como de coordenação e tutoria de Cursos de Especializações em Enfermagem Obstétrica, além de colocar a autora em constante diálogo com as vulnerabilidades e necessidades de saúde da população, neste caso especificamente de mulheres, desafia a superar limitações para galgar novos conhecimentos levando a necessidade de qualificação na modalidade *stricto sensu* e, conseqüentemente, a aproximação com grupos de pesquisa da UFAL, sendo apresentada à problemática da vulnerabilidade social e em saúde de mulheres pretas e pardas em nosso País, despertando na autora o interesse pelo estudo deste fenômeno.

A aprovação no processo seletivo do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem e Farmácia – mestrado acadêmico, linha de pesquisa Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidados dos grupos humanos, para ingresso no ano de 2015, promoveu a aproximação com o Grupo de Pesquisa “Grupo de Estudo em Enfermagem, Saúde e Sociedade” (GEES), sob a responsabilidade da pesquisadora Prof^ª. Dr^ª. Jovânia Marques de Oliveira e Silva, orientadora desta dissertação, cuja linha de pesquisa concentra suas atividades em temas relacionados com a saúde da mulher quilombola.

Despertando para a necessidade em se apropriar de conceitos relacionados à temática da saúde da população negra e de grupos de remanescentes quilombolas, paralelamente com

disciplinas obrigatórias e complementares do mestrado da Escola de Enfermagem em Farmácia (EENFAR), pleiteou vaga e cursou a disciplina: “Raça, Racismo Institucional, Ensino e Práticas da Saúde”, ofertada pelo Programa de Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFAL, sendo apresentada ao universo de saberes construídos sobre questões relacionadas aos problemas vivenciados pela população negra, no cotidiano social.

Na oportunidade, foi desenvolvido pela autora um capítulo de livro abordando o racismo e a violência obstétrica, fruto de uma oficina apresentada pela mesma durante o Congresso Acadêmico Integrado de Inovação e Tecnologia, promovido pela UFAL, durante o ano de 2015. Também buscou aprofundar o conhecimento sobre assuntos relacionados à temática estudada, com pesquisa em bases de dados, tais como Lilacs, Medline, Scielo, EMBASE, entre outras, além de participações em eventos relacionados à enfermagem obstétrica, como o Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON) e o Simpósio Internacional de Atenção ao Parto (SIAPARTO), havendo, em ambos, apresentado trabalhos sobre a temática. A revisão de literatura ainda é uma constante no desenvolvimento do trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Estudos que tratam da saúde da mulher no ciclo de vida reprodutiva frequentemente apontam para a necessidade em se repensar as práticas de saúde adotadas na assistência à parturiente, enfatizando a necessidade de mudança de modelo de atenção, extremamente biologicista, que predomina no Brasil para uma forma de assistir mais humana e centrada nas necessidades de saúde da mulher e da família, promovendo seu empoderamento e protagonismo na vivência do parto (CARDOSO; BARBOSA 2012; FEYER et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2009).

Entre os povos primitivos o parto era um evento comum, naturalmente visto, pois, não modificava a rotina de vida da parturiente. Entretanto, na sociedade atual, a mulher é influenciada a associá-lo à dor e sofrimento; medo e ansiedade. Dentre os aspectos comportamentais responsáveis por essa associação negativa da vivência do parto podem ser elencados o isolamento, a despersonalização e a limitação da autonomia (MATOS, 2013).

Em uma análise descritiva sobre o cuidado que parteiras de uma comunidade rural prestavam a parturientes, Dias (2007), reafirma a importância em se rever o modelo de assistência obstétrica atual, chamando a atenção para a necessidade de se respeitar a fisiologia, a singularidade e o próprio ritmo natural do processo de parturição, tendo a mulher como centro do cuidado, pois reconhece ser ela dotada de faculdade natural suficiente para transpor o rito do nascimento sem intervencionismos externos. Sendo assim, o papel de quem assiste o parto consiste em apoiar, aliviar as tensões provocadas pela dor e a ansiedade, contribuindo para um significado positivo da vivência do parto (PIMENTA et al., 2013; VELHO et al., 2012).

Em uma revisão de literatura sobre publicações a respeito de partos domiciliares assistidos por parteiras no período de 2002 a 2012, encontrou como implicações a maior satisfação entre as mulheres assistidas nessa forma, relacionando tais resultados a manutenção da intimidade, comodidade, autonomia e, principalmente, liberdade de movimento (PIMENTA et al., 2013).

Pesquisa de abrangência nacional, abordando questões sobre desigualdades sociais e satisfação de mulheres frente à assistência ao parto em ambiente hospitalar, sem distinções de culturas e etnias, encontrou entre mulheres brancas melhores resultados quando comparadas às autodeclaradas pardas e pretas. Estas últimas se mostraram insatisfeitas diante da

experiência de violência obstétrica; escassez de orientações; menor duração no atendimento; conduta desrespeitosa por parte de profissionais; pouca participação nas decisões sobre a sua assistência; e menos oportunidades para perguntas. Tais resultados sugerem a existência de preconceitos nos atendimentos dos serviços de saúde (D'ORSI et al., 2014).

Neste contexto, surge a necessidade em se repensar modelos da atenção à saúde obstétrica em um país de dimensão continental, heterogeneidade cultural e miscigenação étnico-racial, enquanto compromisso social com a promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas, sendo preciso considerar os indicadores sociais e de saúde que retratam uma cruel situação da atenção obstétrica ao longo dos anos, justificando, assim, os investimentos em políticas públicas voltadas para esses segmentos populacionais ao longo dos anos (MATOS et al., 2013).

Acredita-se que pensar a saúde da mulher quilombola na experiência do parto normal requer, antes de tudo, compreender quem são essas mulheres, como vivem e se relacionam com a sociedade brasileira, além do seu universo loco-regional. Assim sendo, os capítulos que se seguem procuram: retomar a história e modelos de assistência ao parto e nascimento no Brasil; seguida da caracterização da mulher quilombola do ponto de vista de gênero, raça/racismo/etnia e direitos reprodutivos e, por fim, percorrer a história da ancestralidade e dos movimentos sociais, enfatizando as políticas públicas de saúde destinadas à população negra com ênfase na mulher preta e parda no Brasil.

3 HISTÓRIA E MODELOS DE ATENÇÃO: A CULTURA DO PARTO NO BRASIL

Ao longo da história da humanidade, a assistência ao parto sofreu várias influências, passando por mudanças de cenários e de modelo de atenção. Dessa forma, de um evento íntimo, que acontecia no ambiente familiar, diretamente assistido por parteiras tradicionais, curandeiras ou comadres, cujos conhecimentos eram repassados através das gerações, transformou-se em um objeto de interesse, também, da religião e da medicina. Assim, nas complicações obstétricas eram recorridos aos místicos saberes de padres, xamãs, rabinos e cirurgiões barbeiros (DINIZ, 2005; GONÇALVES et al., 2013).

A assistência ao parto, enquanto evento de interesse da Igreja, era entendida como uma experiência humana necessária à expiação do pecado original e, por essa razão, era proibido quaisquer medidas de alívio da dor e conforto para parturientes, mesmo diante de risco de vida da mãe ou de seu filho (DINIZ, 2005). Porém, com o advento de pesquisas e do desenvolvimento de instrumentais cirúrgicos, a medicina passa a requerer a assistência ao parto como parte integrante de seu saber e assim uma atividade de interesse do profissional médico (DINIZ, 2005; MAIA, 2011).

O cuidado prestado à mulher no momento do parto também foi norteador pelo modelo mágico-religioso que, de interesse do senso comum, predominou até o século XIX, quando o processo de urbanização e melhorias das condições de saneamento se encontra com a evolução da medicina, transformando o olhar místico sobre as quais as decisões relacionadas à assistência a parturiente eram obtidas, em um interdito moral e social (VALENTIM; TRINDADE, 2011).

Um olhar sob a evolução histórica da assistência à mulher no momento do parto revela que em dado momento ela era vista como merecedora das dores e complicações decorrentes do parto; em outro tempo, tida como portadora de uma “anatomia imperfeita” que impossibilitava um parto fisiológico. Desta forma, o evento passa a ser estatizado e o corpo da mulher excessivamente medicalizado, justificando as intervenções, cada vez mais invasivas, algumas iatrogênicas e até desumanas (DINIZ; CHACHAM, 2006).

O Iluminismo, movimento histórico e filosófico do século XVIII que se empenhou em estender a crítica e a razão sobre todos os aspectos da experiência humana (ZATTI, 2007), também influenciou a forma de compreender o corpo humano e especificamente o da mulher, despertando o interesse da ciência sobre a sua anatomia, centrando atenção sobre o seu útero e

na descrição das sucessões de fenômenos fisiológicos, especialmente aqueles que se relacionavam com a gravidez e o parto (MAIA, 2011).

Ao final do século XVI o fórceps foi descoberto e introduzido na prática clínica da obstetrícia, perpetuando a ideia de que o parto representa um ato perigoso, que impõe risco de vida à mulher e, portanto, necessita de hospitalização e cuidados médicos (SENA et al., 2012). Esta nova lógica passou a nortear a assistência ao parto em todo mundo ocidental, originando o modelo de assistência tecnocrático e hospitalocêntrico (MAIA, 2011).

A visão do parto como algo medonho fazia do nascimento um evento tenebroso, onde o bebê necessitava “*atravessar um desfiladeiro transpelvino*”, que provocava na mulher um sofrimento equivalente à sensação de “*cair de pernas abertas sobre um forçado*”, o que validava a tecnologia invasiva. Tais pensamentos justificaram, através de décadas, práticas obstétricas extremamente violentas, como: o parir desacordada e amarrada (DIAS, 2007; DINIZ, 2005).

Embora amplamente difundida na Europa e nos Estados Unidos, principalmente após aquisição de conhecimentos sobre o controle da ameaça da febre puerperal, a institucionalização do parto no Brasil não se deu na mesma velocidade, visto que neste período a medicina local não estava acessível à maior parte da população, pois se restringia à assistência da elite brasileira (MAIA, 2011). De uma forma mais geral, a população continuou a utilizar o parto domiciliar com as práticas tradicionais até o início do século XX, quando mudanças no modelo de atenção à saúde no País, proporcionou maiores investimentos em tecnologias médicas e ampliação do acesso a outros segmentos populacionais (CASSIANO et al., 2014; MAIA, 2011).

Concomitantemente, na segunda metade do século XX, influenciado pelo processo de industrialização que dominou o mundo, a assistência ao parto torna-se uma ação processual em que uma cascata de procedimentos era sequencializada, rotineiramente, nas fases de pré-parto, parto, puerpério, sendo esse modelo, adotado em muitos serviços de saúde ainda em dias atuais (DIAS, 2007; DINIZ, 2005).

Dentre as mudanças provocadas pelo modelo tecnocrático de assistência ao parto estão a imobilização da parturiente, medicalização rotineira e a emblemática mudança na posição de parir que anula a mulher enquanto sujeito deste processo onde, via de regra, resta-lhe como opções ao desfecho final, o parto cesariano ou um parto vaginal traumático (MAIA, 2011).

Nesta perspectiva, a cesariana adquire *status* de padrão ouro na assistência obstétrica que encontra no País solo fértil para o seu desenvolvimento, sendo verificada uma tendência

crecente nas taxas deste tipo de parto no Brasil, sob várias tentativas de justificá-las, tais como: medo da dor do parto normal por parte das mulheres; crenças equivocadas de que o parto normal afrouxaria a musculatura vaginal interferindo na satisfação sexual; a ideia difundida de que a imprevisibilidade do parto normal levaria a maior risco para o bebê tornando o parto cesariano uma opção mais segura (MAIA, 2011).

Cabe ressaltar que a cesariana é uma cirurgia de grande porte que quando bem indicada e realizada por profissional capacitado em um ambiente seguro pode salvar vidas. Entretanto, em condições normais, implica maiores riscos à saúde da parturiente e neonato quando comparado à via de parto vaginal, estando associada a inúmeras condições de morbimortalidade materna e neonatal, incluindo infecções, ruptura uterina e embolia de líquido amniótico. Outros estudos também relacionam a cesariana a complicações neonatais precoces decorrentes de prematuridade iatrogênica e tardias, tais como, problemas respiratórios, diabetes e obesidade (HODIN, 2017).

Passados séculos, desde a institucionalização do parto no ambiente hospitalar, o excesso de intervenções na assistência ao parto ainda é uma constante. O fórceps foi substituído pela tecnologia da cesariana, que se torna cada vez mais frequente, em todo mundo, uma epidemia que a literatura internacional tenta justificar sob argumentos relacionados aos fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes, bem como ao modelo assistencial vigente nesses países, que envolvem aspectos do trabalho médico e de outros profissionais, e interesses econômicos dos atores desse processo (PATAH; MALIK, 2011).

Foi nesse contexto, que a partir da década de 50 surgiram diversas contribuições advindas de movimentos sociais organizados (MAIA, 2011). Mulheres, usuárias de sistemas de saúde, em diversos países e de diferentes culturas, começaram a questionar e reivindicar o direito a um parto sem dor, sem medo, sem violência (Métodos Lamaze e Leboyer). Ao mesmo tempo, outros movimentos que criticavam o modelo tecnológico de atenção ao parto ganhavam força, entre estes se destacaram o movimento *hippie* da contracultura que na década de 1960 encampava lutas pelos direitos reprodutivos da mulher, até que, posteriormente, o Movimento Feminista propõe um redesenho destes direitos que passam a ser compreendidos como direitos humanos (DINIZ, 2005; PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO, 2011).

As décadas de 70-80 foram marcadas pelo crescente interesse da ciência por temas relacionados ao parto e nascimento no cenário internacional que, buscando reduzir o

monopólio sobre a história do parto e do nascer, procurava observar a problemática sob a óptica da mulher, colocando-a como copartícipe de construções de políticas de atenção à sua saúde. Foi graças às análises feministas que surgiram à época, que a imagem negativa da parteira foi reconstruída, mostrando que mulheres que tiveram seus partos assistidos pelas comadres, no ambiente doméstico, apoiado pela rede familiar, foram mais bem sucedidas que aquelas assistidas pela prática da medicina moderna (BARRETO, 2008).

Inserem-se, então, contribuições de outros saberes disciplinares, como: antropologia, sociologia, psicologia, sendo de longe, seguida pelas primeiras considerações da área da medicina que sinalizava para uma forte possibilidade de um viés de gênero sobre o entendimento do parto como evento patológico determinado pela imperfeição fisiológica de uma anatomia feminina defeituosa (DINIZ, 2005; PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO, 2011).

Concomitantemente a todas essas mobilizações da sociedade em prol de condições mais humanas nas experiências femininas do parto, destacam-se algumas ações de articulações políticas deliberativas, secundárias ao entendimento do abuso do poder sobre o corpo da mulher e ao uso indiscriminado de tecnologias sem que houvesse evidências científicas acerca de seus benefícios na assistência à parturiente. Dentre essas, está o desenvolvimento de uma base de dados a partir de revisões sistemáticas sobre evidências científicas de práticas obstétricas, apoiada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a realização, no Brasil, da Conferência Internacional Sobre Tecnologias Apropriadas ao Parto, resultando na Carta de Fortaleza que diz:

Recomenda a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto. Argumenta que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma que nada justifica taxa maior que 10% – 15% (WHO, 1985). Publicado no prestigioso Lancet, o texto provocou reações indignadas por parte de entidades médicas (WAGNER, 1997).

Em contrassenso ao modelo de atenção obstétrica que vigorou até meados da década de 80, mudanças no cenário de atenção à saúde de uma forma geral, alavancadas pela Reforma Sanitária, também alcançam a atenção ao parto, tendo nesta uma grande expressividade. Tal notoriedade foi exacerbada pela congruência de interesses que envolviam a necessidade do Estado brasileiro em atender a acordos internacionais com vistas à importação dos valores neoliberais, que preconizavam uma menor participação do Estado em

programas sociais, com a Política de Humanização de Atenção ao Parto e ao Nascimento (PHPN). Assim, ao tempo que profissionais de saúde e ativistas sociais reivindicavam a desmedicalização da assistência ao parto, ações de incentivo fiscais iam a seu encontro, dialogando e pactuando interesses comuns (PRATA; PROGIANTI; PEREIRA, 2012).

A despeito dos avanços verificados na atenção obstétrica em direção à humanização da assistência ter sido impulsionado pelo neoliberalismo, ressaltados em Prata, Progianti e Pereira (2012), vale considerar, o antagonismo nos preceitos originais relacionados a estas duas entidades, pois, enquanto uma procura ascender o humano de modo a influenciar todo modelo de atenção, a outra, tende à sua desvalorização à medida que nega seu pleno direito ao bem estar social.

Entretanto, embora com vistas à globalização da economia e a menor expressividade do Estado no financiamento de bens e serviços essenciais ao desenvolvimento social, de acordo com Prata, Progianti e Pereira (2012), o neoliberalismo possibilitou algumas iniciativas positivas, através da criação de organismos internacionais e da inclusão da Organização Mundial de Saúde (OMS) no sistema da Organização das Nações Unidas (ONU), que serviram para aproximar o diálogo entre as nações, sob temas de relevância social, dentre estes os relacionados à saúde global.

Sob esta perspectiva, destaca-se a importância da Conferência Mundial de Saúde que foi decisiva para a inclusão de pautas da saúde da mulher em três dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Dentre estes pontos importantes na Agenda do Milênio (2000-2015) estavam: a redução da mortalidade materna, igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres (BUSS et al., 2014).

Na busca do alcance das metas dos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio, investimentos em políticas de saúde que vislumbram a melhoria da qualidade da assistência à mulher e família no processo de gestar e parir são impulsionados. Os ODM enfatizam a importância em se realizar ações de promoção da equidade e igualdade de gênero com valorização da mulher, bem como melhorias na atenção obstétrica, destacando-se, entre essas, o surgimento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM); Política de Humanização da Assistência ao Parto e ao Nascimento (PHPN); e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (BRASIL, 2010, 2007; SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2012).

Humanização do parto é um conceito polissêmico geralmente empregado quando no processo de assistência às parturientes são colocadas como protagonistas desse, onde são

adotadas práticas que respeitam as suas individualidades, buscando adequá-las à sua realidade cultural, crenças, valores e diversidades de opiniões (PORTO; COSTA; VELLOSO, 2015). Segundo autores, esta é uma “palavra viva”, histórica e, portanto, que se aprende no contexto (DINIZ, 2005; PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO, 2011).

Neste entendimento de correlação do termo humanização no contexto histórico, Diniz (2005) reforça que o mesmo vem sendo utilizado há décadas, assumindo diversos sentidos e, na atualidade, refere-se a uma estratégia do Ministério da Saúde para abordar a violência institucional entre os profissionais da saúde, sem a pretensão de parecer ofensivo, assim, possibilitando à dialética.

A concepção de humanização no contexto do parto traz consigo o ideário feminista e ecologista de naturalização, defendido pelo movimento social pelo parto humanizado que surgiu no final da década de 1980 instituindo a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) (RATTNER et al., 2010). Neste entendimento o corpo da mulher é visto como naturalmente destinado à maternidade e o nascimento de um filho, um resgate desta “natureza perdida” pela influência do excesso de intervenções sob a experiência do parto testemunhadas na cultura ocidental (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO, 2011).

O entendimento da experiência do parto e nascimento como um evento essencialmente natural, fez emergir na literatura grandes contribuições que provocam o repensar sobre a prática assistencial em meio profissional e acadêmico, onde se destaca a redefinição da fisiologia do parto proposta por Michel Odent, também conhecida como fisiologia do amor, pois associa o desencadeamento natural do trabalho de parto e do parto/nascimento a ação de ocitocina endógena, hormônio produzido pela hipófise humana e que está diretamente relacionado com sensações prazerosas, sendo abundantemente encontrado no processo de parturição ecológico (ODENT, 2002; PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO, 2011).

O excesso de intervenções e comandos que frequentemente são dirigidos à parturiente, de acordo com Odent (2002) é prejudicial ao desencadeamento espontâneo do parto, mesmo os que podem parecer mais inocentes, como os puxos dirigidos sugeridos com a verbalização do fazer “força!” e a adoção de padrões respiratórios repetitivos interfere na fisiologia e na espontaneidade da mulher. O autor defende, ainda, que a forma de nascer, o ter ou não perturbações no período primal (desenvolvimento fetal intrauterino até o primeiro ano de vida) pode acarretar em desordens psicoafetivas e sociais e que cuidar da forma de nascer e do

vínculo mãe-bebê é uma proposta assertiva para a construção de uma sociedade mais amorosa e que respeita a natureza e outros seres humanos.

Outros pensamentos científicos que contribuíram na construção epistemológica de uma contracorrente a favor da desmedicalização do parto foram o da abordagem psicosssexual de Sheila Kitzinger (1985); o parto ativo de Janet Balaskas (1996) e, mais recentemente, a proposta de Naoli Vinaver do parto enquanto uma experiência genital e erótica (DINIZ, 2005) que, vale ressaltar, diz respeito à similaridade entre a relação sexual e o parto que é estabelecida a partir da interação hormonal entre a ocitocina, endorfina e adrenalina que são encontradas em ambas as situações (RIBEIRO, 2010).

Apesar de um avanço no sentido de reivindicar o direito da mulher no protagonismo do seu próprio parto e nascimento de seu filho, o ideário da naturalização defendido pela REHUNA, centra-se nos aspectos relacionados às dimensões biológicas da maternidade humana, sendo assim, os mesmos ainda não são contemplados com a dicotomia natureza/cultura também encontrada no modelo de atenção biologicista vigente até o momento (TORNIQUIST, 2002).

Ainda que limitando a sua reflexão sobre a inversão de poder na experiência do parto e nascimento centrando atenção no componente biológico, à medida que o movimento da ReHuNa reivindica o seu protagonismo pela parturiente, o faz apontando para aspectos relacionados com a própria natureza biológica, **pondo em cheque a prática da medicina ocidental** pela inexistência ou fragilidades de evidências científicas capazes de justificar os excessos de intervenções aplicadas a estas mulheres nas rotinas dos serviços obstétricos (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO, 2011).

Diante dos argumentos expostos pelo movimento da ReHuNa e das evidências científicas disponíveis no momento, a Organização Mundial de Saúde endossa suas prerrogativas e apresenta uma classificação das intervenções obstétricas de acordo com a força das evidências científicas encontradas em revisões sistemáticas¹, passando a incentivar ações de humanização da assistência à mulher e recém-nascido no processo de parir e nascer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996; PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO, 2011; RATTNER et al., 2010).

¹ A OMS (1996) levando em consideração as evidências científicas classifica as práticas obstétricas em: **Categoria A** – práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; **Categoria B** – práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas categoria; **Categoria C** – práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação; **Categoria D** – práticas frequentemente usadas de modo inadequado.

As recomendações da OMS para assistência obstétrica, publicadas em um guia para a atenção ao parto normal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996), foram estruturadas de acordo com o resultado de debates internacionais que levaram em consideração as evidências científicas produzidas e a necessidade de intervir diante das elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, dentre as quais se destacam: a promoção do parto vaginal e aleitamento materno no pós-parto imediato; a presença de acompanhante no processo do parto e nascimento; a atuação de enfermeiras obstétricas na assistência a mulheres na experiência de partos normais e, também, a inclusão de parteiras leigas (tradicionais) no sistema de saúde em regiões onde a rede hospitalar não está disponível (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO, 2011; RATTNER et al., 2010).

A despeito da epistemologia sobre humanização da assistência ao parto no Brasil, entender esse fenômeno enquanto uma linha de produção industrial e/ou sinônimo de dor e sofrimento, parece ainda habitar o imaginário de um grande número de mulheres e de profissionais que atuam no contexto da assistência ao parto, perpetuando a cultura do medo e práticas obstétricas obsoletas e desaconselhadas à luz das evidências científicas, reproduzindo sucessivos episódios de violência obstétrica e institucional ao longo de gerações (AGUIAR, 2010).

Nesta linha de entendimento, garantir à mulher o direito à saúde reprodutiva de qualidade é uma premissa da Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, que passa a ser o principal eixo condutor da **Rede Cegonha**, um plano de governo implementado no País a partir do ano de 2011. Tal modelo busca promover a atenção especializada à mulher desde o planejamento de sua vida reprodutiva até a vivência de seu ciclo gestação, parto e puerpério, prevendo, também, o acompanhamento da saúde da criança até o segundo ano de vida (GONÇALVES et al., 2013).

Diferentemente dos outros programas e políticas de atenção à saúde até então implantados no País, a Rede Cegonha fomenta a implementação do novo arquétipo, propondo uma organização da rede de atenção à saúde materna e infantil de modo que esta “garanta acesso, acolhimento e resolutividade” e, assim, contribua com a redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Passados mais de 20 anos desde os primeiros movimentos em busca da humanização da assistência ao parto, práticas obstétricas obsoletas e desaconselhadas pelas melhores evidências científicas, decorrentes do modelo de assistência ainda hegemônico, podem ser

observadas, embora esteja o Brasil entre as nações signatárias das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o alcance dos ODM, entre esses os da melhoria da saúde das mulheres através da redução da mortalidade (BRASIL, 2010; JANNOTTI; SILVA; PERILLO, 2013).

De acordo com Patah e Malik (2011), os modelos de assistência ao parto podem ser descritos em três tipos diferentes, classificados em: **altamente medicalizado**, com uso de alta tecnologia e pouca participação de obstetrites, encontrado nos EUA, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica e regiões urbanas do Brasil; **menos medicalizado ou humanizado**, tendo uma maior participação de obstetrites e menor frequência de intervenções, encontrado na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos; e **modelo intermediário**, encontrado na Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha e Austrália. Estes modelos são adotados obedecendo uma lógica de mercado e de conflitos de interesses, entre os quais destacam-se questões de financiamento, remuneração, local do parto, equipe de trabalho, reserva de mercado.

Há dois modelos de assistência ao parto que prevalecem no Brasil, o modelo tecnocrata e o humanista (PATAH; MALIK, 2011). O primeiro tem como prioridade atender às necessidades dos profissionais da saúde, é centrado em rotinas cirúrgicas, medicalização, grande número de intervenções; enquanto que no modelo humanista propõe-se acompanhar a parturiente e a sua família durante o ciclo gravídico-puerperal, buscando ser o menos invasivo possível e proporcionando ambiente tranquilo e saudável para a vivência da experiência do nascimento (MATOS et al., 2013).

Um terceiro modelo de atenção ao parto e nascimento é reconhecido e incentivado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS (2016), trata-se do **modelo cooperativo**, onde a organização da assistência deve ter seu foco na qualidade do cuidado prestado, que só é possível através da integralidade do cuidado dos diversos profissionais que atuam no cenário do parto e nascimento.

A despeito do modelo de assistência à mulher e recém-nascido no momento do parto e nascimento fora do ambiente hospitalar, vale ressaltar que, pesquisas realizadas têm evidenciado maior segurança e custo-efetividade de que os encontrados em partos assistidos no ambiente hospitalar, fazendo com que alguns países como Canadá, Reino Unido e outros Países Baixos, atualmente adotem um modelo colaborativo de assistência que envolve a participação de parteiras urbanas qualificadas, defendendo a importância de sua inserção no sistema de saúde colaborativo (NEILSON, 2015).

Estima-se que no Brasil ocorram cerca de três milhões de nascimentos por ano e que estes, predominantemente, sejam assistidos no ambiente hospitalar. Conseqüentemente a isto, parturientes e recém-nascidas são submetidos a uma cascata de intervenções excessivas e fora de propósito do ponto de vista de evidências científicas, que são utilizadas nas rotinas dos serviços, entre as quais listam-se: ocitocina ante-parto; episiotomia e cesariana na mulher e aspiração da nasofaringe do bebê (BRASIL, 2016).

A assertividade nas condutas adotadas da prática clínica é uma condição essencial para que se obtenham bons resultados na assistência às parturientes e recém-nascidos, portanto, é necessário uma base de sustentação representada pela tríade: habilidade profissional; cuidado centrado nas necessidades da mulher/família; uso das evidências científicas no cuidado prestado (BRASIL, 2016).

A hegemonia na adoção do modelo tecnocrático no Brasil é representada por altas taxas de cesarianas, que chegam a superar 88% dos partos realizados na rede de saúde complementar e 43% nos serviços públicos, paralelamente a isso, a taxa de prematuridade tardia (34 a 36 semanas de idade gestacional) chega a corresponder a 74% de todos os casos de bebês prematuros, taxas não observadas em nenhum outro lugar do mundo (LEAL et al., 2016).

Vê-se que ao tempo em que o movimento social mundial busca rever e redirecionar o paradigma de assistência ao parto, o cenário obstétrico brasileiro mostra-se cada vez mais preocupante ao longo dos anos, em que a excessiva medicalização do parto e nascimento mantém estreita relação com o aumento da morbimortalidade materna e neonatal, elevando os custos com insumos hospitalares decorrentes deste intervencionismo demasiado (SENA et al., 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por 80% dos internamentos para assistência à parturiente no Brasil e que enfrenta problemas de ordem administrativa que impactam diretamente na qualidade da assistência obstétrica, tal como a má distribuição e regulação de leitos obstétricos que provoca a peregrinação de mulheres em busca de assistência ao parto em todo País (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014). Soma-se a estes problemas, problemas decorrentes da (de)formação profissional, cujo modelo, predominantemente tecnocrático, acentua a ideia de passividade e imobilização do corpo da mulher na experiência do parto e nascimento, promovendo o mercantilismo da assistência através do uso de tecnologias desnecessárias, visivelmente marcadas pelos expressivos

indicadores de cesarianas em nosso meio (AQUINO, 2014; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014).

Questões relacionadas à desinformação da mulher com vistas ao enfrentamento do medo da dor e do sofrimento; a hegemonia e supervalorização do saber médico em detrimento de outros saberes; a visão distorcida do parto como uma potencial complicação obstétrica, ao invés de um evento fisiológico de significado cultural tem contribuído para os altos índices de cesarianas. Soma-se a isso, a replicação de padrões societários pós-moderno, onde a mulher, por desempenhar vários papéis sociais, opta pela praticidade e controle dos processos, incluindo o do nascimento previsível, fruto de um parto cirurgicamente controlado, formando as principais bases de sustentação da violência obstétrica em nosso meio (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Outro agravante da situação obstétrica no cenário brasileiro é a visão de algumas mulheres de que a cesariana programada é a melhor alternativa de viver a experiência do parto e nascimento, frente à possibilidade de adequar essa tecnologia “padrão ouro” ao seu estilo de vida moderno, que associada à ideia de que o parto normal oferece maior risco por seu potencial de imprevisibilidade, bem como a possibilidade de uma laqueadura tubária pós-cesárea, são encontradas nos discursos de mulheres usuárias do sistema de saúde suplementar (COPELLI et al., 2015). Percepções que, segundo o mesmo autor, são encorajadas por alguns profissionais médicos à medida que estes não instrumentalizam a mulher para uma escolha consciente sobre sua via de parto.

Os aspectos éticos relacionados à “escolha da via de parto” são, frequentemente, pontos de pauta de instituições representativas de profissionais da saúde, que prestam assistência direta à parturiente. Entre discursos em prol e contra a indicação de partos cesarianos eletivos, impera o contraste do acesso a serviços de saúde para assistência ao parto e nascimento, pois, ao passo que mulheres de classe social mais favorecida são apresentadas a “escolha” pelo tipo de parto que gostaria de ter, estima-se que **em algumas regiões da África, uma a cada doze mulheres morre por causas obstétricas**, possivelmente por restrição de acesso à assistência médica e hospitalar (PATAH; MALIK, 2011).

Apesar dos avanços nas políticas públicas de atenção ao parto e frequentes discussões sobre o uso benéfico de aparatos tecnológicos na atenção obstétrica no Brasil, ainda está longe de ser alcançada a condição ideal da assistência à parturiente e seu recém-nascido, principalmente no que diz respeito à integralidade do cuidado e às diversidades culturais brasileiras com seus diferentes ritos e significados que permeiam a vivência do parto,

singularidades próprias de grupos humanos, especialmente os étnicos minoritários, como as comunidades rurais, indígenas e quilombolas (NASCIMENTO et al., 2009; PATAH; MALIK, 2011; PIMENTA et al., 2013).

Teixeira (2012) estudando a mortalidade materna no Estado do Mato Grosso, no período entre os anos de 2000 a 2006, encontrou como resultado que mulheres pretas e pardas apresentavam uma chance 5,13 vezes maior em morrer por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, quando comparadas às mulheres brancas, ressaltando que, embora o quesito raça/cor não seja um fator de risco, propriamente dito, entre grupos humanos, esses refletem a vulnerabilidade social de grupos minoritários, sendo necessário construir dados epidemiológicos que retratem essa realidade no Brasil.

Os panoramas descritos em estudos locais, denunciados pelos movimentos de mulheres e de humanização do parto, segundo Aquino (2014), constituem evidências contundentes das desigualdades socioeconômicas, raciais e regionais na atenção ao parto no Brasil. O autor propõe a revisitação dos ideais dos movimentos sociais verificados na década de 80, a fim de se restabelecer a laicidade do Estado na tomada de decisões referentes às políticas de saúde voltadas para esse segmento da população. Assim, garantindo-lhe o direito de usufruir dos benefícios previstos nos princípios de Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, integralidade e equidade – importados da reforma sanitária e incorporados pela Constituição Federal Brasileira.

Por estas razões o Ministério da Saúde procurou investir na qualificação da assistência à parturiente e neonato através do incentivo da prática da parteira por enfermeiras obstétricas, ofertando cursos de especializações e incentivando a autonomia desse profissional com ações estratégicas complementares, tais como a implantação de Centro de Partos Normais (CPN) como uma alternativa segura para assistência à mulher e neonato no momento do parto/nascimento de risco habitual e da inclusão do pagamento às enfermeiras obstétricas pelo parto assistido na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) (SENA, et al., 2012).

Assim é que, nesta perspectiva de promoção da assistência humanizada à mulher na experiência do parto e nascimento, o profissional enfermeiro vem conquistando um crescente reconhecimento de sua importância social, através da aplicação de práticas de cuidados humanizados de enfermagem obstétrica que envolvem competência e gentileza, respeito às individualidades e promoção do empoderamento feminino, nos diversos cenários de assistência, tais como: Casas de Partos; Centros de Parto Normal; maternidades e domicílios (BRASIL, 2016; PORTO et al., 2015; SENA et al., 2012).

A transposição do cenário do ambiente hospitalar para CPN, Casas de Parto e domicílio para assistência ao parto e nascimento também pode contribuir para efetivação da mudança no paradigma desta assistência, pois à medida que possibilita a prática mais autônoma de enfermeiras obstétricas, facilita à adoção de medidas de conforto e segurança centradas nas reais necessidades da mulher, que motivada por esta profissional pode exercer seu poder de decisão de forma consciente e esclarecida, promovendo seu empoderamento e, conseqüentemente um cuidado de enfermagem culturalmente congruente (VELHO et al., 2010).

Atualmente no Brasil a prática do parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas e mais raramente por médicos, tem sido experienciada por algumas mulheres, porém esta possibilidade não está prevista na política pública para o cuidado à parturiente e seu RN, embora não existam evidências científicas que a contra-indique. Ao contrário, em outros países que adotam esta modalidade de cuidado à parturiente no sistema saúde, onde existe um fluxo bem definido de referência e contra-referência, a assistência ao parto domiciliar tem se mostrado eficiente e segura, por esta razão recomenda-se que sejam estimuladas medidas de aperfeiçoamento da rede de atenção para que este modelo passe a ser factível em território brasileiro (BRASIL, 2016).

De acordo com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) – (BRASIL, 2016) a participação direta de enfermeiras na assistência ao parto proporciona a adoção de boas práticas obstétricas, reduzindo as intervenções excessivas devendo ser uma medida incentivada pelas políticas de saúde, apesar disso, a promoção da prática da enfermagem obstétrica na assistência à mulher na experiência do parto e nascimento ainda é a exceção diante do modelo hegemônico vigente no país.

Dados de uma pesquisa multicêntrica sobre as condições de nascer no Brasil corroboram com a ideia dos benefícios da inserção da enfermeira obstétrica no cenário do parto, que se justifica pelas altas taxas de prematuridade (11,5%) com fortes possibilidades de que haja influência de um componente iatrogênico na elevação desta taxa, decorrentes de cesarianas eletivas com má avaliação da idade gestacional, além do pouco uso de boas práticas obstétricas na atenção ao parto vaginal (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014).

Apesar das iniciativas na busca pela mudança no paradigma de assistência ao parto no Brasil, apenas 8% do total de partos no país foram assistidos por enfermeiros e estes foram mais frequentes nas regiões norte (24,1%) e sudeste do país (23,5%); estas proporções

estiveram diretamente relacionadas à ausência de médicos no primeiro caso e a maior formação de enfermeiras obstétricas no outro extremo do Brasil (LEAL et al., 2016).

Apesar da recomendação de uma nova estética para atenção ao parto no mundo, estudo de Lopes (2009) mostra que o Brasil ainda está distante de atingir a excelência na prática obstétrica nos serviços de saúde, pois ainda testemunhamos uma cultura institucionalizada que supervaloriza o técnico, corporativo em detrimento das evidências científicas e da humanização da assistência. Tal situação se torna pior, ao considerar a influência do racismo e da discriminação de classes sociais que impregnam a sociedade brasileira, reflexo de séculos de escravidão e preconceitos nas relações étnico-raciais.

Assim é que, ainda em dias atuais, pesquisa de abrangência nacional, abordando questões sobre desigualdades sociais e satisfação de mulheres, usuárias do sistema de saúde público e/ou privado, frente à assistência ao parto em ambiente hospitalar, encontrou entre as brancas melhores resultados quando comparadas às mulheres que se auto declararam pardas e pretas (D'ORSI et al., 2014). Segundo este estudo, entre o grupo de mulheres menos satisfeitas (pretas e pardas) foi relatado experiência de violência obstétrica; escassez de orientações; menor duração no atendimento; conduta desrespeitosa por parte de profissionais; pouca participação nas decisões sobre a sua assistência e menos oportunidades para perguntas. Tais resultados sugerem racismo institucional nos serviços de saúde (D'ORSI et al., 2014).

Poucos são os registros encontrados em literatura científica que trate da tradição na assistência ao parto entre povos escravos no Brasil. Entretanto, estudo sobre o nascimento na Bahia nos anos de 1800, período onde a colonização rompe com o modelo escravista vigente à época fala sobre o fazer de parteiras urbanas, que tinham titulação reconhecida pela escola de medicina, encontrada no acervo da Câmara Municipal de Salvador de fisacultura-mor, detentoras de um *status* social onde exerciam não apenas a arte do partejar, como também tratavam as afecções ginecológicas e recebiam escravas como pensionistas que pagavam pelo serviço alugando-as como amas de leite (BARRETO, 2008).

A formação de parteiras no Brasil de 1800 recebia a influência Europeia, entretanto, o modelo medicalizado que tanto influenciava mulheres e parteiras no Rio de Janeiro não obteve os mesmos resultados entre o universo feminino em Salvador, pois, parturientes e parteiras continuaram a optar pelo emprego de ritos tradicionais na assistência ao parto, reservando-se ao ambiente doméstico, devido à insegurança diante da pouca prática médica, elevada satisfação com o trabalho das parteiras e a convicção dos papéis de gênero na sociedade baiana (BARRETO, 2008).

Atualmente existem entendimentos distintos sobre a definição de parteira de uma forma global, sendo aplicados a pessoas, geralmente mulheres, que auxiliam diretamente outras mulheres a vivenciar a experiência do parto e nascimento de seus filhos, que pode ou não ter alguma formação específica, deste modo distinguindo-se entre parteira profissional ou parteira tradicional, cujo paradigma tecnocrático da assistência ao parto hospitalar torna cada dia menos frequente no cenário mundial (DAVIS-FLOYD, 2008).

No Brasil, a atuação do enfermeiro, enfermeira obstétrica e obstetras na assistência a gestante, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, CPN, Casas de parto e outros locais onde ocorra este tipo de assistência são regulamentadas pelo Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução COFEN nº.516 de 2016, que também estabelece critérios para obtenção da certificação de titulação de especialistas no âmbito do sistema COFEN/COREN (Conselho Federal de Enfermagem/Conselho Regional de Enfermagem) observando os critérios mínimos recomendados pela Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) em parceria com o MS (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

A prática da parteira tradicional no contexto nacional, também é incentivada pelo MS do Brasil que a reconhece como “aquela que presta assistência à mulher durante o seu parto e nascimento de seu filho e que goza de um reconhecimento da comunidade” e que ao prestar o cuidado a esta mulher, valoriza o seu saber próprio, respeitando as especificidades étnico-raciais² (BRASIL, 2010).

No cenário global não há um consenso sobre prática da parteira tradicional, pois se por um lado trazem benefícios em prestar à mulher um cuidado pouco intervencionista, aceito pela cultura local, principalmente em lugares mais isolados, como comunidades indígenas e quilombolas (LEAL et al., 2016); por outro, não se mostra eficiente em condições extremamente desfavoráveis de saúde reprodutiva, como por exemplo, a de mulheres de algumas regiões africanas marcadas por extrema pobreza, onde as altas taxas de anemias graves, infecções sexualmente transmissíveis, síndrome da imunodeficiência adquirida e outras co-morbidades elevam os indicadores da mortalidade materna por causas obstétricas, correspondendo a 36% desta causa morte em todo mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017).

² A depender da linguagem local a parteira tradicional recebe outras denominações, tais como: parteira leiga, comadre, mãe de umbigo, curiosa, entre outras. O Ministério da Saúde adota a denominação de “Parteira Tradicional” como reconhecimento e valorização de um saber próprio da sua formação e de respeito às suas especificidades étnico-raciais (BRASIL, 2012).

4 O SER MULHER NEGRA: QUESTÃO DE GÊNERO E DE RAÇA/ETNIA FRENTE AOS DIREITOS REPRODUTIVOS

Pensar o significado de ser mulher quilombola desafia a todos a aprofundar em uma reflexão sobre as várias interfaces que lhes confere uma identidade, enquanto pertencimento étnico-racial e de gênero, bem como das conjunturas sociais e culturais que lhes determinam uma identidade comunitária. Assim, para tentar apreender este complexo fenômeno, faz-se mister algumas considerações conceituais sobre as díades: gênero e sexo; raça/racismo e etnia (ALMEIDA, 2014).

Tão antigo quanto à história da humanidade, é o interesse em descrever os corpos de descendentes africanos, pois eles sempre intrigaram outros povos, especialmente os europeus e os asiáticos, que despertados pela curiosidade sobre os seus tons de pele, traços fisionômicos, formas anatômicas, tipos de cabelos, marcas adquiridas, como tatuagens e cicatrizes, além de seus adornos, nutriam sentimentos ambíguos pelos mesmos, que oscilavam entre admiração, desprezo e cobiça (PRIORE; AMANTINO, 2011).

A descrição bíblica da maldição de CAM (Genesis 9:24-27) (BÍBLIA, 2017), que primeiro viu a imagem de seu pai que embriagado repousava desnudo na intimidade de sua tenda e que, em virtude disso, teve toda sua descendência condenada à servidão de seus parentes, talvez seja a mais antiga tentativa de justificar a escravização de descendentes africanos (PRIORE, AMANTINO, 2011).

A terminologia “raça” nos remete à tentativa de aplicação da Teoria da Evolução das Espécies, proposta por Charles Darwin entre os anos de 1809 e 1882, que mais tarde subsidiou o Darwinismo Social. Desta forma a teoria adequava-se a sua aplicação em seres humanos de distintas “etnias”, que corresponde a um coletivo de pessoas que compartilham de um mesmo sentimento de tradição e reciprocidade, que os diferenciam de outras coletividades (GOMES, 2013).

O colonialismo brasileiro se deu, principalmente, à custa do trabalho escravo de negros africanos traficados, determinados por relações de subordinação étnico-racial ao longo do tempo, onde a população de pretos e pardos fora marginalizada, diante de uma corrente social, politicamente articulada, que elegia o branco europeu como esteriótipo de perfeição da raça humana (RIBEIRO, 2014).

Assim, entendia-se que o protótipo humano europeu deveria ser copiado, dando origem no Brasil ao paradigma da eugenia, que vigorou no País nos anos de 1910 a 1920.

Assim, influenciou toda a vida em sociedade, estando presente nas ciências biológicas, especialmente na medicina, a tendência a realização de estudos que classificavam os grupos humanos em raças, partindo da premissa preconceituosa da imperfeição da raça negra diante das demais (SOUZA, 2008).

O “*Darwinismo Social*”, como chamado à tentativa em aplicar o princípio da eugenia em temas que abordavam as diferenças raciais e culturais da humanidade, nada mais foi que uma herança da discriminação interracial perpetuada pelo longo período de escravização. Tal percepção intensificou a noção do racismo no Brasil, fazendo com que, ainda em dias atuais, esteja disseminada na população brasileira, ainda que de forma inconsciente e/ou dissimulada (GOMES, 2013). Conceitua-se discriminação racial ou étnico-racial como:

Toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, em igualdade de condições, de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública ou privada (BRASIL, 2010).

Aproximando da temática da mulher negra e sob um olhar mais contemporâneo, a história conta que, no tempo da escravidão no Brasil, mulheres negras e mestiças, por muitas vezes, perceberam seus corpos como objetos de cobiça masculina, através das investidas brutais sobre o mesmo, para a satisfação de interesses sexuais de seus senhores (CORDEIRO, 2007). Percebe-se, assim, que não é de hoje, a imagem da mulher negra carrega consigo o estereótipo de um corpo racializado, incivilizado e selvagem, ressaltando a insistente ideia de que nele se traduz o mais fidedigno símbolo de uma feminilidade natural, orgânica, animalística e primitiva (ALMEIDA, 2014).

Nesta perspectiva, vê-se o quanto incide sobre o corpo da mulher negra, forças advindas do racismo e do sexismo que, por vezes, decorrem do firme propósito de sobreposição de uma cultura dominante sobre a outra. Este fato pode ser comprovado com o olhar sob a história da humanidade, que dá testemunho do uso da força e da crueldade nos mecanismos de opressão dos grupos humanos, onde, frequentemente, mulheres foram violentadas e privadas de direitos humanos triviais na tentativa de subjugar determinado grupo social. Mesmo quando o objetivo consistia em atingir homens, era sobre o sexo feminino que se investiam as mais diferentes injúrias, parecendo ser, o corpo da mulher, objeto de pertencimento do masculino, de sobreposição de gênero e de poder social (CRENSHAW, 2002).

Importa saber que, enquanto o termo “sexo” define uma condição biológica que diferencia os seres entre masculino e feminino, o “gênero” trata de uma representação social, independente de sua condição biológica. Desta forma, vê-se que para abordar questões relacionadas a gênero, faz-se necessário ir além da determinação sexista, incluindo também as influências históricas e culturalmente construídas sobre os diferentes papéis sociais entre homens e mulheres, em distintas sociedades (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2010).

Existem campos de intersecções entre os determinantes de subordinações sociais que atuam nos grupos humanos minoritários, perpassando por questões relacionadas às problemáticas de classes sociais, xenofobia, gênero e de raça/etnia (CRENSHAW, 2002). Tais determinantes, muito além de uma relação de justaposição, sobrepõem-se uns aos outros e geram novos significados aos problemas de mulheres em situações de vulnerabilidades de gênero e de raça.

No universo do feminino, por tradição antropológica, a mulher tinha na atividade de procriação o reconhecimento de seu principal papel social, que somados a outros menos expressivos, eram vistos como complementares e inferiores aos do homem. Entretanto, independente da cultura a qual pertencia, sempre se observou que a mulher procurava se organizar individual e coletivamente com vistas a autoafirmação, preservação da autoestima e valorização de sua identidade enquanto mulher (GOMES, 2013).

Desta forma, entende-se que a construção da identidade de uma mulher permeia suas relações de pertencimento cultural, sofrendo influência direta das formas pelas quais as pessoas se relacionam entre si – enquanto endoculturação³ – e com pessoas de outros grupos sociais. Tratando-se da formação da identidade de gênero da mulher quilombola, destaca-se, ainda, um componente adicional a este campo de tensão: a expressão minoritária de seu grupo étnico-racial na atual conjuntura social brasileira (ALAGOAS, 2015).

Werneck (2016) referindo-se à identidade simbólica da mulher negra frente à sua inserção nos movimentos sociais relacionados às questões heterossexistas e racistas, reivindica o direito à originalidade da participação desta nos espaços de resistências e enfrentamentos às imposições de ordem patriarcais e/ou de discriminações raciais, que colocam a mulher negra em posição de subordinação e invisibilidade decorrentes de sua condição de gênero e de etnia. O texto em destaque afirma

³ “O processo cultural denominado pela Antropologia como endoculturação ou enculturação é aquele por meio do qual os indivíduos aprendem o modo de vida da sociedade na qual nascem, adquirem e internalizam um sistema de valores, normas, símbolos, crenças e conhecimentos. São, por assim dizer, condicionados a um padrão cultural” (LOBÃO, A.; LOBÃO, C., 2008).

A luta da mulher negra é árdua e invisível, uma vez que esta é camuflada em um discurso de que não há racismo. Submetida por longos e tenebrosos anos a cultura branca “superior” e a violações de seu corpo e sua alma, a mulher negra perseverou, buscando espaços, reconhecimento e valorização por parte da sociedade, retornando ao lugar usurpado pelo tráfico de negros/as, pelo racismo, pela ignorância dos que insistem em afirmá-las como inferiores e incapazes (LEMOS, 2016).

Ouvir a história contada por aqueles que foram subjugados, por muitas vezes, modificam a forma pela qual um observador, mais ou menos desatento, tende a incorporá-la. Por esta razão, tratando-se da discriminação racial, negar a existência do outro, parece ser um subterfúgio, que de forma consciente ou não, ainda são utilizados com a finalidade de manter a população negra à margem do sistema social, perpetuando os ideais defendidos no regime escravocrata. Desta forma, pode-se afirmar que a história não contada, nega a construção de uma identidade cultural (GOMES, 2013).

As desigualdades sociais, que ainda na atualidade afetam diretamente as mulheres negras, trazem consigo as marcas do racismo e se tornam explícitas de formas diversas, sobretudo, nos maus indicadores de educação e saúde exibidos pelo Estado brasileiro. Não obstante, as implicações desses indicadores sobre a qualidade de vida das pessoas, esses parecem que, por si só, não são suficientes para tornarem visíveis, todos os efeitos danosos que o racismo faz incidir sobre essas mulheres (BRASIL, 2013).

Sob esse ponto de vista, pode-se enfatizar o quão importante tem sido o Movimento de Mulheres Negras para dar visibilidade aos problemas que as acometem no lugar em que ocupam (BRASIL, 2013). Há necessidade de se articular o racismo às questões de gênero. Isso se deve a existência de hierarquias pautadas em questões de gênero e de raça, onde a mulher branca se sobrepõe ao poder social do homem negro que, por sua vez, é superior ao da mulher negra (ALMEIDA, 2014).

Para este autor, pelas razões acima expostas, cabe aproximar a discussão sobre qual o significado do ser mulher negra, nascida no quilombo. Assim, surge a necessidade de refletir sobre o impacto com que as questões étnico-raciais, incidem sobre mulheres negras de classes sociais, menos e mais favorecidas. Tal reflexão, provavelmente, remeteria ao recorrente tema das desigualdades sociais (ALMEIDA, 2014).

Somando-se ao entendimento sobre a sobreposição do racismo e da discriminação alicerçada sob a temática de gênero, surgem outros fatores de conflito na discussão sobre as desigualdades sociais que impactam as condições de vida da mulher quilombola. Trata-se da territorialidade e/ou geração, enquanto determinantes de isolamento de convívio social com outras culturas, bem como das limitações no acesso a bens e serviços essenciais, como saúde,

educação, trabalho e lazer, comprometendo sua qualidade de vida (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2013).

Nessa perspectiva de desigualdades sociais, percebe-se uma menor expectativa de vida relacionada a este segmento populacional, quando comparado a outros. Mudanças na conjectura de poder aquisitivo levam a reformulações nos arranjos familiares de mulheres negras de classe média/alta e, assim, são verificados reduções nas taxas de natalidade, diminuição do tamanho das famílias, o aumento da escolaridade, entre outros decorrentes de sua entrada no mercado de trabalho. Entretanto, via de regra, estas modificações não se aplicam ao perfil da mulher quilombola (BRASIL, 2015). Conforme indicadores da região sudeste contidas no Dossiê Mulheres Negras (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2013), em estudo sobre o perfil de mulher negra de população rural e urbana observou-se que:

Nas cidades, as famílias chefiadas por mulheres passaram de 24,8% para 37,8% dos casos, de 1995 a 2009... Entre a população rural, apenas 19,9% das famílias eram chefiadas por mulheres em 2009... Se hipóteses simplistas para explicar este quadro se apresentam facilmente, o conservadorismo, a menor abertura do universo rural às mudanças e à igualdade entre os sexos, seriam as principais hipóteses.

Enquanto chefe de família, as mulheres têm a necessidade de prover recursos para atender a necessidade de seu lar. No entanto, a estas mulheres, residentes na zona rural, são ofertados baixos salários, condizentes com seus baixos níveis de escolaridade. O pouco acesso à educação, levam-na a exercerem atividades laborais remuneradas no trabalho doméstico e muitas vezes na informalidade (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2013).

Aspectos inerentes às diferenças étnico-raciais, tais como a cor da pele ou a textura do cabelo, não deveria ser indicador de competência e habilidade, em nenhuma sociedade. Entretanto, o que se observa no contexto geral é a ocorrência de menores oportunidades de trabalho para negros(as). Tais diferenças são mais acentuadas entre as mulheres onde as oportunidades são ainda mais restritas pela hegemonia do ideal machista e racista da sociedade brasileira, que elege mulheres brancas e bonitas (LEMOS, 2016).

“Há que se estabelecer um compromisso com o rompimento das desigualdades étnico-raciais e de gênero, e com a desconstrução de papéis preconcebidos e estereotipados, por intermédio da ação formativa, educativa e afirmativa” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2013). Para tanto, faz-se necessário aplicar uma escuta

qualificada, buscando compreender nos discursos de mulheres negras, suas lutas contra problemas que se perpetuam ao longo da história de sua ancestralidade, do trabalho escravo e negação da cultura negra. Trata-se de promover o empoderamento destas mulheres negras e quilombolas, com vista à sua ascensão social, o que só é possível através da implementação de políticas públicas afirmativas.

5 ANCESTRALIDADE, MOVIMENTOS HISTÓRICO-SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS À POPULAÇÃO DE PRETOS E PARDOS NO BRASIL

A participação de pessoas em uma vida social comum é uma necessidade básica para a existência humana, que transcende o vínculo biológico; poder ou não satisfazer a esta necessidade é uma condição que pode levar a um sofrimento ético-político, reflexo de processos de inclusão/exclusão social (TAVARES, 2014). Assim, para se pensar a participação do segmento populacional de pretos e pardos na sociedade brasileira deve-se extrapolar a dimensão socioeconômica, incorporando também fatores éticos e psicológicos⁴.

O sentimento de pertencer a um corpo social de um povo se desperta a partir do reconhecimento de suas origens e de fatos passados, através dos quais se pode explicar o presente e até projetar um futuro, influenciando seu modo de vida em sociedade (MUNANGA; GOMES, 2006). Neste entendimento, para melhor compreender os processos históricos de lutas e conquistas da população de pretos e pardos no País se faz necessário reportar, primeiramente, a fatos relacionados à sua ancestralidade.

A escravização no Brasil teve início a partir do século XVI com a institucionalização do tráfico de povos africanos, vindos de diferentes pontos da costa oeste da África (Cabo Verde, Congo, Quíloa e Zimbábue), que se dividiam em três grupos: **sudaneses**; **guineanos-sudaneses muçulmanos** e **bantus**. A depender de sua região de origem estes povos tinham um destino pré-definido no desenrolar do comércio⁵ (GASPARETO, 2009).

O Brasil é o maior País em extensão territorial da América Latina, onde ocupa uma posição de destaque econômico, iniciada durante a colonização com a mão de obra escrava de negros africanos, traficados através da rota transatlântica, para trabalhar no cultivo da cana-de-açúcar, algodão, café e, posteriormente, também na mineração (MUNANGA; GOMES, 2006).

⁴ Existem dimensões multifacetadas que corroboram com a exclusão social, sendo: (1) dimensão objetiva – de impossibilidade econômica e material de participação social; (2) dimensão ética – em que se estruturam as injustiças sociais; e (3) dimensão subjetiva – em que se vivencia o sofrimento humano (SAWAIA, 2010).

⁵ Os povos **sudaneses** (iorubas, gegês e fanti-ashantis) originado do que hoje é representado pela Nigéria, Daomei e Costa do Ouro tinha por destino final a Bahia. Os **bantus**, grupo mais numeroso (angola-congoleses e moçambiques), sua origem estava ligada ao que hoje representa Angola, Zaire e Moçambique e tinha como destino Maranhão, Pará, Pernambuco, Alagoas, Rio de Janeiro e São Paulo. Os **guineanos-sudaneses muçulmanos** (fula, mandinga, haussas e tapas) tinha a mesma origem e destino dos sudaneses, a diferença estava no fato de serem convertidos ao islamismo (GASPARETO, 2009).

A população brasileira de pretos e pardos da atualidade tem suas raízes ancestrais nos povos africanos que foram traficados em massa pelos europeus através da rota do atlântico (MUNANGA; GOMES, 2006) e de acordo com o último censo demográfico divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em novembro de 2010 correspondia a 190.732.694 pessoas. Dados da Pesquisa Nacional de Amostra por domicílio - PNAD, 2014 indicaram que em 2013, 53% dos brasileiros se declararam pardos ou negros, diante de 45,5% que se disseram brancos, tendo se verificado uma tendência ao crescimento de pessoas que se auto-declaravam pretas e pardas. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRÁFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

A história política e de organização social do segmento populacional de pretos e pardos no Brasil se confunde com os movimentos de resistência a escravidão de afrodescendentes e de lutas pelo reconhecimento de uma população afro-brasileira remanescente. Por esta razão, tem despertado interesse de estudiosos no âmbito acadêmico e de instituições vinculadas a movimentos sociais que partilham de uma ideologia e princípios valorativos comuns à construção de uma sociedade mais justa do ponto de vista da discriminação racial (RIBEIRO, 2014).

Desde o princípio do processo de escravização de negros africanos e seus descendentes brasileiros, que movimentos de resistência, de pequena ou grande expressividade, foram investidos contra a organização social da época, como por exemplo, as fugas por rebeldias e o trabalho mal realizado com vistas à punição de feitores e prejuízo econômicos de seus senhores; ou a formação de grupos de negros fugitivos organizados em um ideal político-social melhor estruturado, como os quilombos, capaz de lhes garantir a livre sobrevivência. Apesar de liberto, o referido segmento populacional, ainda hoje, situa-se à margem de um sistema societal exclusivista, fruto de quatro séculos de opressão de um povo, imposta pelo colonialismo (LARCHERT, 2013; REIS, 2000).

O termo Quilombo deriva de “*Ochilombo*” ou “*Kilombo*” e tem sua origem entre os povos bantus, que habitam a África Ocidental. Inicialmente foi utilizado para denominar local de pouso para grupos de nômades e mais tarde para mercadores que transitavam pela região. Tempos depois a denominação “quilombo” passou a ser aplicada a grupos de resistência (SILVA, 2012).

Com o gradativo processo de abolição da escravidão, oficialmente instituída no Brasil com a Lei Áurea no ano de 1888, surgiram entre os séculos XVII e XIX, inúmeros agrupamentos de negros, escravos e/ou libertos, alguns desses, constituídos em união com

povos indígenas. A depender de sua origem denominavam-se: Terra de Preto, Terra de Santo, Mocambo, ou Quilombo⁶. Ao longo dos anos, muitos destes agrupamentos foram desaparecendo, aniquilados por segmentos sociais que tentavam destituir todas e quaisquer formas de resistência aos ideais colonialistas da época (LARCHERT, 2013).

De acordo com o Artigo 2º do Decreto 4.887, de 20/11/2003, são Comunidades de Remanescentes Quilombolas: “[...] grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”. Assim, a territorialidade para o quilombola faz parte de sua tradição, sendo também um direito previsto em lei, conforme o Artigo 3º do Decreto 6.040 de 07/11/2007 são: “[...] espaços necessários à reprodução cultural, social e econômica dos povos e comunidades tradicionais, sejam eles utilizados de forma permanente ou temporária [...]” (ALAGOAS, 2015).

Foi a partir do reconhecimento semântico do termo quilombo, como sinônimo de resistência negra no país, adotado pelo Movimento Social Negro (MSN) desde a década de 50, que foi possível incorporar ao mesmo uma perspectiva cultural e política. Assim, as discussões sobre temáticas referentes à população de pretos e pardos no Brasil, extrapolam o âmbito acadêmico, passando a condição de objeto de interesse do MSN. Apesar disso, o termo semântico passa a ser enfaticamente utilizado somente na década de 70, com a redescoberta do patrimônio cultural de Palmares (OLIVEIRA; SILVA, 2012; RIBEIRO, 2014;).

Os objetivos do Movimento Negro centram-se em diagnosticar os problemas relacionados com a vida social da população de pretos e pardos no País, especialmente aqueles decorrentes de situações de preconceitos e discriminação racial, encampando lutasⁱ em prol de um bem comum, visando promover melhorias no acesso a bens sociais, tais como, o mercado de trabalho; sistema educacional; político, social e cultural (DOMINGUES, 2007).

As primeiras alusões ao MSN brasileiro foram verificadas após a ruptura com o regime escravocrata e a proclamação da república brasileira. Tais organizações se deram em decorrência da falta de políticas públicas que possibilitassem a inclusão social de negros recém-libertos. Sem acesso ao mercado de trabalho, habitação, educação e/ou saúde, a população negra fora colocada à margem do sistema social. A sobrevivência dessas pessoas

⁶ (1)Terra de Preto – conquistados por lutas próprias; (2)Terra de santo – doados pela igreja em troca da construção de uma capela; (3)Mocambo – negras ribeirinhas do baixo do Amazonas; (4) Quilombo – denominação oficial.

passa a depender de seus agrupamentos, efetivados nas formas de grêmios, clubes ou associações (DOMINGUES, 2007).

Marcados pelo racismo que dificultava o viver em sociedade de afrodescendentes, especialmente aqueles com traços negroides mais evidentes, delimitando espaços de segregação racial, o movimento negro da época avança com a proposta de reverter o cenário de exclusão. Apesar disso, foi somente na primeira metade do século XX, com a instituição da Frente Negra Brasileira (FNB) que se verificou um salto qualitativo para a inclusão política de temas de interesse desse segmento populacional. Esse momento de organização política, também é marcado pelo envolvimento mais assíduo das mulheres negras na defesa de interesses comuns (DOMINGUES, 2007; RIBEIRO, 2014).

A institucionalização do Estado Novo, que se deu no ano de 1937 a 1945, representou um importante marco histórico pelo desenvolvimento de políticas públicas na área social e de saúde (RIBEIRO, 2015). Nessa época também se verificou um grande poder de barganha do movimento negro no cenário político. Por outro lado, com a instauração da ditadura, a FNB, assim como todas as demais organizações políticas, foi extinta e os movimentos esvaziados vindo a ressurgir mais tarde após a queda da ditadura com o Movimento Social Negro (DOMINGUES, 2007).

O ressurgimento do MSN pós-ditadura militar deu maior visibilidade às questões da discriminação social e marginalização da população de brasileiros pretos e pardos que ainda viviam em alagados, mocambos, tendo que sobreviver de atividades de subsistência (DOMINGUES, 2007). Apesar disto, ainda em dias atuais, comunidades de remanescentes quilombolas, buscam ter reconhecimento de sua ancestralidade salvaguardando seus direitos a terras coletivas, conforme previsto nos termos do art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) e outros dispositivos legais que corroboram para isso (BRASIL, 1988, 2007).

Impulsionados pela visibilidade que as questões raciais alcançavam nas organizações internacionais, durante a 8ª Conferência de Saúde, onde foram contempladas problemáticas relacionadas com a insatisfação da comunidade negra norte-americana e do movimento Sul-Africano contra o *apartheid*, o MSN luta para que o Estado Brasileiro garanta condições dignas de saúde para a população, fazendo valer o reconhecimento na forma da lei de que a saúde e a cidadania é um direito universal e um dever do Estado (BRASIL, 2007; RIBEIRO, 2014).

Na década seguinte, com a Marcha Zumbi dos Palmares, atendendo às suas reivindicações, o governo federal cria um grupo de trabalho (GT) interministerial para valorização da População Negra, que, mais tarde, culminou para a instituição da Secretaria de Promoção de Políticas para Igualdade Racial (SEPPIR). Dentre as ações do referido GT destacam-se: a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade (SIM) e de nascidos vivos (SINASC); a elaboração da Resolução 196/96, que inclui um recorte racial em pesquisa que envolve seres humanos; e a recomendação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme (BRASIL, 2007).

Pensando na situação de vulnerabilidade e iniquidade de acesso a bens e serviços, surgem na esfera política, ações que têm a intenção de preservação da cultura e melhoria da qualidade de vida de remanescentes quilombolas, como o Programa Brasil Quilombola (PBQ). Tal Programa apresenta ações voltadas para o desenvolvimento de políticas públicas que contribuam para a garantia de direitos humanos e de cidadania das pessoas e contempla comunidades reconhecidas como descendentes quilombolas, através da certificação da Fundação Cultural Palmares – FCP (BRASIL, 2007).

A FCP foi criada em 1988 tendo por finalidade “promover os valores culturais, sociais e econômicos decorrentes da influência negra na formação da sociedade brasileira”. Órgão vinculado ao Ministério da Cultura, cuja missão institucional consiste na preservação, proteção e disseminação da cultura negra, visando à inclusão e o desenvolvimento dessa população no Brasil, desenvolvendo ações que: estimulam e valorizam a cultura do patrimônio afro-brasileiro; promovem a inclusão e sustentabilidade das comunidades remanescentes quilombolas e incentivam a realização de pesquisas que produzam conhecimento sobre a população afro-brasileira (BRASIL, 2012).

Em dezembro de 2013, a Organização das Nações Unidas declarou o período de 2014 a 2024 como a Década Internacional da População de Afrodescendentes onde, através da Resolução 68/237, promulga a necessidade de cooperação nacional, regional e internacional para a promoção dos direitos humanos, conclamando o pleno gozo de benefícios de ordens econômica, político, civis, culturais e sociais por pessoas deste segmento populacional (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014).

Atualmente no Brasil estima-se a existência de 2.606 comunidades de remanescentes quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP) em todo território nacional. Essas comunidades são encontradas em 24 Estados brasileiros – com exceção do Acre e de Roraima – e destas, 63,5% situa-se na região Nordeste. De acordo com dados da Secretaria de

Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) estima que o Brasil possui 214 mil famílias e 1,17 milhão de quilombolas (ALAGOAS, 2015).

Em Alagoas são contabilizadas 67 comunidades certificadas pela FCP, distribuídas em 35 municípios do Estado, dentre estas, a Comunidade de Remanescentes Quilombolas Muquém, cenário deste estudo, cujo legado sócio e cultural tem grande relevância, visto ter se originado do maior e mais organizado quilombo da colônia brasileira – o Quilombo dos Palmares – símbolo da resistência negra, pelas lutas encampadas por Zumbi dos Palmares (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2015).

Um dos grandes obstáculos encontrados pelos órgãos governamentais e entidades que têm como pauta a agenda quilombola é a escassez de dados oficiais que tratem especificamente destas comunidades. As informações contidas no sistema de Cadastro Único (CADÚNICO) dos programas sociais do Governo Federal e na publicação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome intitulada “Quilombos no Brasil: segurança alimentar e nutricional em territórios titulados” (PINTO et al., 2005) são algumas das poucas fontes de dados e informações disponíveis para a realização de diagnósticos e pesquisas nesta área.

Considerada como tema de prioridade na saúde pública brasileira para o período de 2011 a 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra incentiva ações de qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher preta e parda. Nela estão incluídas as recomendações para a assistência ginecológica e obstétrica, dentre as quais, estão às ações direcionadas a assistência à mulher durante o parto e o puerpério, estimulando práticas de manutenção e reprodução de modos de vida característicos da cultura afro-brasileira (BRASIL, 2007).

Concomitantemente ao desenvolvimento de estratégias e políticas de saúde voltadas para atenção à saúde da mulher, também surgiam discussões a cerca da saúde da população afrodescendente no Brasil e no mundo, sendo impulsionadas pelos movimentos ativistas femininos, as questões relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva de mulheres negras. Assim, destaca-se o surgimento da Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR), criada em 2006 que, com “status de Ministério”, passa a coordenar e assessorar nas formulações de políticas públicas dos outros segmentos ministeriais no País (BRASIL, 2007; DAMASCO, 2009).

Werneck (2016, 2009) referindo-se a inserção da mulher negra nos cenários de lutas políticas em prol da equidade nas relações de gênero e etnia, afirma que os primeiros

movimentos são históricos, precedendo à diáspora africana, fato este que pode ser comprovado pela travessia da cultura afro-religiosa através dos séculos de escravidão, resistindo à força do eurocentrismo e de seus processos de negação de identidade negra.

Em 2004, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e o então Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM), hoje ONU Mulheres, começaram a investir e estimular a produção e disponibilização de um amplo conjunto de informações sobre as desigualdades de gênero e raça existentes na sociedade brasileira. Desta forma, na busca da promoção dessa igualdade de gênero e raça, foi elaborado o Dossiê Mulheres Negras (MARCONDES et al., 2013) que se somando aos esforços da Organização das Nações Unidas (ONU Mulheres), para promoção da igualdade de gênero, raça e etnia, e o empoderamento das mulheres no País, traça o (re)conhecimento da realidade, para então, implementar medidas que de fato atendam às necessidades reais dessa população.

Nesta busca por retratar a realidade social e qual seria de fato as condições reais de vida da população negra no País, o IPEA e a ONU mulheres estimulou a produção científica por parte de movimentos sociais, gestores públicos e acadêmicos disponibilizando indicadores que permitissem “construir um retrato fiel das condições de vida das mulheres e dos negros na sociedade brasileira, partindo-se do pressuposto de que estas categorias se interseccionam e produzem, de forma simultânea, condições específicas de exclusão e discriminação para grupos também específicos” (BRASIL, 2013).

Outro grande movimento que permite visualizar o envolvimento de mulheres negras no cenário político brasileiro tem sido a Marcha Nacional das Mulheres Negras, que no ano de 2015, evocou o tema: *Contra o racismo, a violência e pelo bem viver* como desdobramento das reivindicações dos vários segmentos sociais representados neste ato, foi elaborada a “Carta de Mulheres Quilombolas” que reclamavam a observância de direito às condições dignas de vida, dentre os quais se destacavam como diretamente relacionados ao campo da saúde, o viver sem violência e livres do femicídio; fim do racismo e sexismo e a garantia de atendimento e acesso à saúde de qualidade às mulheres negras (COORDENAÇÃO NACIONAL DE ARTICULAÇÃO DAS COMUNIDADES NEGRAS RURAIS, 2015).

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Espaço quadripolar da pesquisa

Para manter a coerência interna no estudo será utilizado o espaço metodológico quadripolar (VAN DER SAND et al., 2013) para sua delimitação, sendo proposto para esta pesquisa os seguintes polos: **epistemológico** – compreensivista; **teórico** – Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado cultural de Madeleine M. Leininger; **morfológico** – pesquisa qualitativa da História Oral Temática; e **técnico** – Entrevista Temática.

6.1.1 Polo epistemológico

Como polo epistemológico desse estudo é proposto o compreensivismo, pois sua abordagem permite o envolvimento ativo do pesquisador que ao se aproximar dos participantes valoriza às diferentes sensibilidades, interagindo com os mesmos, de modo a permitir que o saber seja modificado, construído livremente, permitindo ao pesquisador moldar a pesquisa sem burocratizar a comunidade estudada (KAUFMANN, 2013).

6.1.1.1 Tipo de estudo

O presente estudo propõe uma abordagem qualitativa, ancorado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado de Madeleine Leininger, que tem sido, frequentemente, aplicada em pesquisas voltadas para estudo de práticas assistenciais de interesse da enfermagem (MONTICELLI et al., 2010).

6.1.2 Polo teórico

A elaboração do conhecimento pretendida nesse estudo foi calcada na Teoria da do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, a qual provê uma estrutura holística e compreensiva para examinar, sistematicamente, as diferentes dimensões da cultura, dentro de uma perspectiva de Enfermagem (SILVA, 2015). Desenvolvida a partir da antropologia, a referida teoria foi reformulada para enfermagem transcultural com perspectivas de cuidado humanizado em diversos e distintos ambientes.

Madeleine Leininger nasceu em Sutton, no Nebraska, no ano de 1925, tendo falecido aos 87 anos de idade, em agosto de 2012. Graduada em enfermagem pela University de Washington DC e também em ciências biológicas no Benedict College, Kansas, desde cedo, despertou interesse por estudos filosóficos e de outras áreas relacionadas às ciências humanas (LEININGER, 2002).

Atuando profissionalmente em um lar de orientação para criança e cursando o mestrado em enfermagem psiquiátrica na Catholic University of America Washington DC, percebeu a existência de uma lacuna na compreensão dos fatores culturais que influenciavam no comportamento de crianças sob seus cuidados, despertando para a necessidade em aproximar saberes próprios da enfermagem com os da antropologia, para subsidiar a assistência de enfermagem (SEIMA, 2011).

Em qualificação, cursou doutorado em Antropologia Psicológica, Social e Cultural, ofertado pela University of Washington – Seattle (1959). Neste período, conviveu por dois anos com um povo indígena, observando as diferenças culturais referentes às percepções sobre saúde, práticas de cuidar e do bem estar. Desta imersão no campo de pesquisa, a das observações registradas, Leininger, desenvolveu a **Teoria do Cuidado Transcultural** e um método próprio de abordagem qualitativa para investigações que, considerado o primeiro método de pesquisa genuinamente da enfermagem, aproximava o componente do “cuidado” aos conceitos da antropologia cultural: a Etnoenfermagem (SILVA, 2015).

Também conhecida como **Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger**, esta enfatiza que há diversidades no cuidado humano, com características próprias que são identificáveis, podendo explicar e justificar a necessidade do cuidado transcultural de enfermagem, de forma que este seja ajustado às crenças, valores e “*modus vivendi*” de cada pessoa, comunidade, para oferta de um cuidado benéfico e significativo (SEIMA, 2011).

A teoria de Leininger tem como premissa de que as pessoas, sob o ponto de vista de cada cultura, podem informar e orientar os profissionais de saúde com vistas ao recebimento de um cuidado que satisfaça a suas necessidades e lhes sejam congruentes com a cultura (SILVA, 2015). A **cultura** representa o modo de ser, valores, crenças, normas e estilos de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos, que guiam os pensamentos, decisões e ações de um grupo de forma padronizada (LEININGER, 2002).

Para Leininger (2002) **enfermagem transcultural** significa:

Uma área de estudo formal e prática focada em cuidados humanos comparando as diferenças e semelhanças entre as crenças, valores, modos de vida padronizados por culturas para fornecer cuidados culturalmente congruentes, significativo e benéfico para as pessoas.

A Teoria Transcultural que ora se trata, apresenta o propósito de descobrir os significados, usos e funções culturais do cuidado humano, utilizando o conhecimento produzido para um cuidado benéfico ou satisfatório as pessoas de diversas culturas no mundo, tendo por objetivos: conhecer a natureza da enfermagem, essência e propósitos sociais e; desenvolver e aprimorar o cuidado de enfermagem, abrangendo funções culturais, universais e específicas (LEININGER, 2002).

O modelo estrutural da Teoria do Cuidado Transcultural desenvolve-se a partir de um metaparadigma que envolve conceitos referentes a pessoas; ambiente e sociedade; Saúde e Enfermagem⁷. A teoria discorre, também, sobre dezoito conceitos, treze pressupostos e oito postulados (LEININGER, 2002).

Devido a seu conteúdo denso, Braga (1997), tentou expressá-las, resumidamente, conforme abaixo descrito:

(1) O **cuidar** é tido como essenciais à vida humana. Uma ação que remete ao **cuidado**, um fenômeno universal, embora a sua expressão, o processo e o modelo variam entre as culturas. Assim, cada situação de cuidado de enfermagem deve considerar as necessidades e implicações do cuidado transcultural sem o qual não existe crescimento nem sobrevivência.

(2) A **prática da enfermagem tem no cuidado sua essência** e decorre da unificação intelectual com o fazer profissional, extrapolando as dimensões biofísicas, culturais, socioambientais, sendo necessário promover o cuidado holístico das pessoas. O comportamento de cuidado transcultural, formas e processos têm ainda que ser verificado em diversas culturas. Quando este corpo de conhecimento é obtido, tem-se um potencial para revolucionar a prática diária da enfermagem.

(3) Os comportamentos de cuidados e funções variam de acordo com características da estrutura social de determinada cultura e para prover um cuidado de enfermagem terapêutico **o profissional enfermeiro poderá ter conhecimento de valores culturais, crenças e práticas dos clientes**. A identificação de comportamento universal ou diverso, **cuidado popular e cuidado profissional**, crenças e práticas,

⁷ Para Leininger (2002): (1) **Pessoa** – era Indivíduo/família ou grupo cultural, universalmente cuidador, que sobrevive a diversidade cultural por sua capacidade de universalização dos cuidados. Precisa ser visto como ser holístico e cultural. (2) **Ambiente/Sociedade** – Totalidade de um evento, situação de experiência e aspectos contextuais nos quais indivíduo ou grupo cultural vivem. Características física, ecológica, social e de visão de mundo, estilos de vida. O meio e a existência totalidade. (3) **Saúde** – “Estado de bem-estar culturalmente definido, avaliado, praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos ou grupo possuem para realizarem suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados” Universal/Diversificada. (4) **Enfermagem** – **Arte** humanisticamente aprendida e **ciência** focada nos comportamentos das pessoas, funções e processos direcionados a promoção e manutenção nas situações de saúde ou recuperação da doença. Sua essência está no cuidado transcultural. Única que centra no cuidado humano com respeito a valores culturais e estilos de vida.

serão importantes para o avanço do corpo de conhecimentos de Enfermagem. Há diferenças entre a essência e as características essenciais de cuidado e comportamentos de cura e processos; por fim, não existe cura sem cuidado, mas pode existir cuidado sem cura.

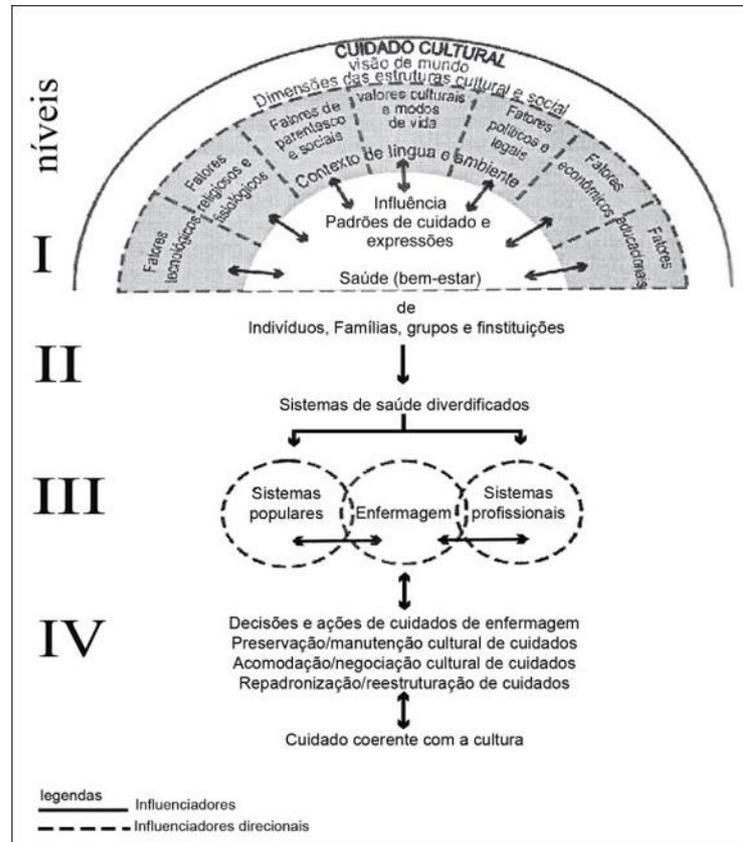
Dentre as muitas contribuições para a prática da enfermagem que podem ser observadas na Teoria de Leininger, destaca-se seu poder de desvelar a situação de saúde e bem estar a partir das dimensões epistêmicas e ontológicas do cuidado cultural. Seus postulados baseiam-se em conhecimentos adquiridos a partir de suas próprias pesquisas e publicações, bem como de outros advindos de estudos sobre enfermagem e antropologia (LEININGER, 2002).

Nesta pesquisa, entendendo ser os que mais se aproximam do objeto de estudo em questão, três de seus postulados que foram destacados, parecem validar a escolha desta teoria para subsidiar a análise dos resultados desse estudo. Assim, de acordo com Leininger (2002), tem-se:

- **1º Postulado:** As diferenças identificáveis nos valores e padrões do cuidar cultural entre culturas conduzirão a grandes diferenças nas expectativas e práticas dos cuidados de enfermagem;
- **3º Postulado:** À medida que os profissionais de enfermagem trabalham em culturas estranhas com diferentes valores sobre os cuidados de enfermagem ou as expectativas do cuidar, existirão sinais evidentes de conflitos, choques e tensões culturais entre a enfermeira e o cliente;
- **5º Postulado:** As intervenções do cuidar em enfermagem que fornecem práticas de cuidar próprias da cultura aos clientes irão mostrar sinais positivos de satisfação e bem-estar dos clientes.

A Teoria Transcultural passa a ser melhor compreendida quando observa-se o **Modelo Teórico Sunrise** (Figura 1) proposto por sua criadora, que servirá para conduzir a análise dos resultados desta pesquisa. O modelo ilustrado pelo Sol Nascente (Sunrise) adotado por Leininger pode ser utilizado para operacionalizar a teoria e, a medida que orienta as ações e tomadas de decisões, instrumentaliza a prática de enfermagem no ato do cuidar (SILVA, 2015).

Figura 1 – Modelo Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural



Fonte: Leopardi, 1999.

Fonte: LEOPARDI, 1999.

O Sunrise encontra-se dividido em quatro níveis. O primeiro desses, nível I, diz respeito à visão do mundo onde a cultura se encontra com o sistema social direcionando o estudo das percepções para fora da cultura. Este nível leva ao estudo da natureza, significado e atributos do cuidado. O segundo, nível II, proporciona conhecimentos sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde. No nível III, são encontrados o sistema popular de saúde (ou genérico) e o sistema profissional, onde a enfermagem aparece, tangenciando os dois sistemas (LEININGER, 2002).

Sob este terceiro nível do Sunrise, onde se dá o encontro da enfermagem com o sistema popular e profissional da saúde é que se torna possível identificar o diverso e o universal do cuidar em ato. A partir dele são direcionadas as tomadas de decisões/ações em enfermagem, que envolve três possibilidades, a saber: de **preservação/manutenção**; **acomodação/negociação**; e **repadronização/restauração do cuidado cultural** (LEININGER, 2002).

A preservação/manutenção de o cuidado cultural prever, ações e decisões de enfermagem, que auxiliam pessoas de uma cultura específica a manter os valores relevantes ao cuidar, colaborando com a manutenção de seu bem-estar, recuperação da saúde ou enfrentamento da morte. Na acomodação/negociação as ações e decisões profissionais são voltadas para o auxílio, ajuda às pessoas para se adaptarem a uma nova forma de cuidado com vistas a alcance de um resultado de saúde benéfico, junto aos prestadores de cuidados profissionais. Por fim, na repadronização/reestruturação do cuidado cultural, dizem respeito às ações e decisões profissionais que procuram ajudar as pessoas a reordenar, alterar ou modificar seus modos de vida para novos padrões de cuidados, diferentes e benéficos, mas condizente com a cultura (LEININGER, 2002).

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir da cuidadosa observância dos elementos contidos no nível I do Modelo Sunrise, uma vez que o tempo previsto para seu encerramento não condizia com o necessário à sua aplicação no processo de trabalho e ainda que os objetivos que se pretendia alcançar eram viáveis a este nível da aplicação da teoria.

6.1.3 Polo morfológico

Esta pesquisa adota o método qualitativo, pois de acordo com Minayo (2008), este método aplica-se ao desvelar da história, relações, representações, crenças, percepções e das interpretações que as pessoas fazem sobre seus modos de vidas, construções de artefatos e de si mesmos. Desta forma, mantém coerência interna com o desenho deste estudo.

6.1.3.1 Cenário do estudo

Adotou-se como cenário desse estudo a Comunidade de Remanescente Quilombola Muquém (CRQM) que, situada em uma zona rural a nove quilômetros do Município de União dos Palmares, ocupa uma faixa territorial de 27,97 km² de área verde, distando 78,7 km da Capital do Estado de Alagoas – Maceió.

A CRQM obteve seu reconhecimento como descendentes quilombolas, emitido pela Fundação Cultural Palmares, em 19/04/2005. A Comunidade tem como principal fonte de renda o benefício social do programa intitulado Bolsa Família. Os Muquéns complementam seus rendimentos com o cultivo da cana de açúcar e em menor expressividade através da agricultura e pecuária de subsistência, além de práticas artesanais.

O referido município localiza-se na mesorregião do leste alagoano, cujas condições climáticas são do tipo tropical, com temperaturas que podem variar entre 21,3°C e 33,4°C. Dados originados pela projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelam que União dos Palmares (AL) possui uma população geral de 65.764 habitantes, sendo a maior densidade demográfica, quando comparada aos demais municípios⁸ da terceira Região de Saúde de Alagoas (3ª RS), 51,6% dessa população é do sexo feminino. O município concentra a maior renda per capita da região, tendo a agricultura e o comércio como principais atividades econômicas local (ALAGOAS, 2014).

A 3ª Regional de Saúde de Alagoas (3ª RS) apresenta indicadores epidemiológicos preocupantes do ponto de vista de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal, mostrando uma alta taxa de fecundidade (2,21 filhos/mulher), ultrapassando o limiar de reposição da população que é de 2,1; gravidez na adolescência; aumento de partos cesarianos; e maior número de nascidos-vivos de gestantes sem nenhuma consulta de Pré-Natal (ALAGOAS, 2014).

A rede local de atenção ao parto, conta com uma maternidade destinada à assistência ao parto de risco habitual, que se localiza no município de União dos Palmares (AL). Este serviço de atenção obstétrica está vinculado à Rede Cegonha, portanto, compromete-se com os preceitos da atenção humanizada à mulher e família na vivência do parto. Atualmente dispõe de 23 leitos obstétricos e a viabilização dos atendimentos se dá pelo próprio serviço, em conformidade com sua disponibilidade de vagas e critérios técnicos de priorização. Durante o ano de 2015 a maternidade apresentou em seus indicadores, um total de 2122 assistências prestadas às parturientes, destas 1197 evoluíram para partos normais e 925 para partos cesarianos.

A escassez de dados populacionais, oficiais e de qualidade, sobre os assentamentos e demais condições de vida das comunidades de remanescentes quilombolas, como todo, desafia gestores e profissionais a planejar e executar ações de melhorias de condições de vida, previstas nas políticas públicas voltadas a esse segmento populacional, sendo frequente, a divergência de informações relevantes, a exemplo os contidos no quadro abaixo, onde número de famílias cadastradas diferem sobremaneira a depender da fonte que os apresenta (ALAGOAS, 2015).

⁸ A 3ª RS é composta por 11 municípios: Jundiá, Colônia de Leopoldina, Campestre, Novo Lino, Joaquim Gomes, Ibateguara, São José da Lage, Santana do Mundaú, Branquinha, Murici e União dos Palmares.

Quadro 1 – Quantitativo de Famílias Quilombolas na região serrana dos Quilombos – Estado de Alagoas

MUNICÍPIO	ITERAL	FCP	CadÚnico
	2011	2014	2015
Santana do Mundaú	105	109	73
União dos Palmares	120	80	128
Total	225	189	201

Fonte: Elabora pela Autora - Adaptado a partir do Estudo sobre Comunidades Quilombolas de Alagoas (2015)

Nota: Segundo fontes consultadas: Instituto de Terras e Reforma Agrária de Alagoas - ITERAL (2011); Fundação Cultural Palmares - FCP (2014); Cadastro Único - CadÚnico (2015).

De acordo com o Sistema de Cadastro Único (CadÚnico), atualizado em julho de 2015, existem 128 famílias de remanescentes quilombolas cadastradas no município de União dos Palmares (AL), entretanto, em abril de 2016, existiam 176 famílias cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica na micro-área correspondente ao território ocupado pela CRQM, dessas 314 pertenciam ao sexo feminino, sendo que 175 encontravam-se na faixa etária de 15 a 49 anos de idade (BRASIL, 2016).

Aspectos de tradição cultural

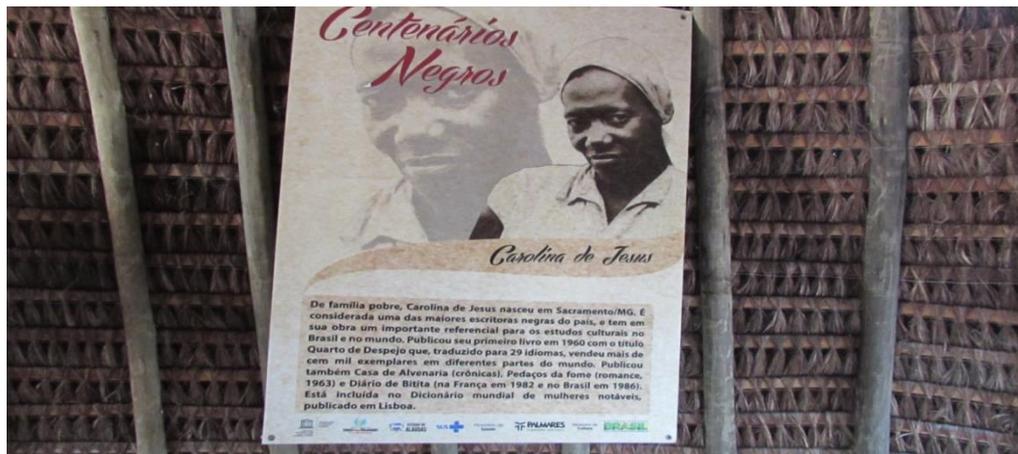
A comunidade de Remanescente Quilombola Muquéem mantém em seu calendário de festividades local, expressões de suas tradições culturais através de sua dança do coco de roda, capoeira, festividades religiosas e, participam ativamente da mundialmente divulgada, festividade alusiva ao dia da Consciência Negra, comemorada todo dia 20 de novembro, com apresentações culturais diversas realizadas na Serra da Barriga, berço do primeiro e mais organizado quilombo do Brasil Colônia, portanto símbolo de luta e da resistência negra contra a escravização, liderado por Zumbi dos Palmares, que viveu no período entre os anos de 1655 a 1695.

Figura 2 - Vista do alto da Serra da Barriga – União dos Palmares – Alagoas/Brasil



Fonte: AUTORA, 2016.

Figura 3 - Personalidades negras são apresentadas ao público na Serra da Barriga



Fonte: AUTORA, 2016.

Figura 4 - Serra da Barriga – Apresentação cultural comemoração pelo Dia de Consciência Negra



Fonte: AUTORA, 2016.

Figura 5 - Apresentação do Coco de Roda da Comunidade Quilombola Muquém



Fonte: NUNES, 2016.

A importância do Rio Mundaú para a comunidade

Em junho de 2010 uma enchente no Rio Mundaú atingiu os estados de Alagoas e Pernambuco, tendo devastado muitas casas do povoado Muquém. Dezenas de pessoas permaneceram ilhadas por aproximadamente dois dias e tiveram suas vidas preservadas por terem procurado abrigo na copa de uma árvore nativa, conhecida como jaqueira, que passou a ser cultuada por membros da comunidade e, também, retratada através da arte em cerâmica de Dona Irineia, artesã local e Patrimônio Cultural Vivo de Alagoas, simbolizando a gratidão pela preservação de tantas vidas (ALAGOAS, 2016).

Figura 6 - Jaqueira que serviu de abrigo para pessoas da comunidade de Remanescente Quilombola Muquém – preservada pela comunidade



Fonte: AUTORA, 2016.

Quatro anos após o desastre que devastou ao povoado Muquém, provocado pela enchente em Alagoas, pessoas desabrigadas foram contempladas com o recebimento de casas através do programa do governo “Minha Casa, minha Vida” (MELO, 2014). Apesar disto, a comunidade ainda sofre com questões relacionadas com deficiência de infraestrutura, tais como, inadequada coleta de lixo e irregularidades no abastecimento de água.

Figura 7 - Coleta de lixo Comunidade Quilombola Muquém



Fonte: AUTORA, 2016.

Pouco se vê em investimentos para atividade de lazer, sendo comumente utilizados para esta finalidade os banhos no Rio Mundaú e jogos de futebol, mais comum entre as crianças. Além disso, a recorrente falta de água pelo abastecimento precário torna a procura desse rio frequente para lavagem de roupas e utensílios domésticos, atividade desenvolvida na rotina de afazeres praticados por mulheres da comunidade.

Figura 8 - Rio Mundaú – Comunidade Quilombola Muquém – União dos Palmares, Alagoas, Brasil



Fonte: AUTORA, 2016.

A comunidade dispõe de um centro ecumênico para expressões espirituais e celebrações religiosas, embora este espaço também seja tilizado para outros assuntos de interesse comum.

Figura 9 - Centro Ecumênico – Comunidade de Remanescente Quilombola Muquém



Fonte: AUTORA, 2016.

6.1.3.2 Participantes da pesquisa

Mulheres da Comunidade de Remanescentes Quilombolas Muquém.

6.1.3.2.1 Critérios de inclusão

Serão incluídas na pesquisa mulheres nascidas na Comunidade de Remanescente Quilombolas Muquém e que tenham vivenciado, pelo menos uma vez, o parto normal.

6.1.3.2.2 Critérios de exclusão

Serão critérios de exclusões: ter idade menor que 18 anos; a existência de incapacidade física e/ou cognitiva que impossibilite a comunicação; gestação de alto risco em curso; ter vivido fora da Comunidade de Remanescentes Quilombolas Muquém por período superior a 10 anos iniciado antes da adolescência.

6.1.3.2.3 Critérios éticos

O projeto foi submetido à apreciação do comitê de ética na Plataforma Brasil e, para tanto, serão observadas as recomendações a Resolução do Conselho Nacional de Saúde –

CNS – nº.466/12 (BRASIL, 2012), que trata dos critérios mínimos que devem ser ressaltados para realização de pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado sob o parecer CAAE nº.53015816.0.0000.5013 (Anexo 1).

Os princípios da bioética em pesquisa foram observados e aplicados no transcorrer desta pesquisa. O zelo ético na condução do estudo constatou-se a partir da verificação da postura ética, justa, respeitosa, solidária e benéfica à coletividade assumida pelos pesquisadores.

Às mulheres convidadas a colaborarem com este estudo serão apresentadas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) – onde pesquisadores se comprometem a fornecer apoio à leitura e explicações até que todas as dúvidas sejam elucidadas. A estas mulheres serão garantidas o direito de recusa, bem como terão total liberdade de, a qualquer momento da pesquisa, solicitar a retirada de informações referentes à sua participação, sendo-lhe garantida a confidencialidade sobre informações já obtidas e sem que haja prejuízos de nenhuma natureza, decorrentes de sua decisão.

6.1.4 Polo Técnico

Este estudo desenvolveu-se observando os preceitos da abordagem qualitativa da História Oral Temática (HOT), um gênero de história oral⁹, que tem sido citada como recurso prático, persuasível, respeitado e, frequentemente, utilizado quando se deseja registrar ou dá visibilidade às experiências vividas por pessoas e grupos que se dispõem a testemunhá-las. De definição polissêmica a história oral permite que sejam utilizadas, dentre outras possibilidades, como método, ferramenta ou técnica para coleta de dados de uma pesquisa (MEIHY; HOLANDA, 2010).

Adotou-se como polo técnico para o desenvolvimento desta pesquisa a História Oral Temática (HOT), que teve sua origem nos Estados Unidos, expandindo-se para as escolas francesas e britânicas, influenciando as pesquisas desenvolvidas na América Latina, especialmente as que possuem como objeto de interesse a história de mulheres; grupos sociais marginalizados; fenômenos migratórios, entre outros. Esse método tem como forte característica privilegiar a entrevista possibilitando a apreensão de memórias de pessoas que permitem seu compartilhamento com a coletividade. Assim, a HO busca registrar e perpetuar

podendo ser classificada em três diferentes gêneros: a história oral de vida; história oral temática; e a tradição oral.

as impressões e sentimentos do vivido, podendo ser utilizada como forma de se aproximar de um objeto de estudo (MATOS; SENA, 2011).

Trata-se de uma abordagem metodológica, frequentemente, utilizada por pesquisadores de diferentes áreas, especialmente nas ciências sociais e na antropologia. Estudos na área da saúde que se utilizam da HO trazem importantes contribuições por sua capacidade em aproximar da subjetividade de indivíduo e/ou grupos possibilitando um cuidado significativo e culturalmente relevante (MATOS; SENA, 2011). Portanto, têm grande relevância para a ciência da enfermagem, especialmente quando se pretende refletir sobre o cuidado cultural.

Assim como qualquer outro gênero da HO, a História Oral Temática (HOT) pode ser utilizada como método ou técnica de pesquisa. Independentemente disso, ela é recomendada sempre que o fenômeno a ser observado é algo específico, pontual, focal, dentro da trajetória de vida da pessoa ou grupos humanos. Sua utilização na produção científica da enfermagem tem estado presente em trabalhos que se relacionam com a trajetória da profissão, especialmente, com as questões assistenciais e aspectos sociais (MACÊDO et al., 2013).

A produção de informações se deu a partir de entrevistas temáticas e aplicação da técnica da História Oral Temática de Meihy, que consiste na aplicação de três fases posteriores a entrevista temática: transcrição; transcrição e validação (MEIHY; RIBEIRO, 2011). As entrevistas foram ainda agregadas às informações registradas no diário de campo.

Além disso, também contribuiu para produção de informações o diário de campo onde a pesquisadora procurou registrar a subjetividade percebida nos momentos das entrevistas, bem como, os movimentos de aproximação com a comunidade, quando também se reuniu outras fontes documentais, como fotografias e documentos oriundos de fontes secundárias sobre atenção à saúde direcionada às mulheres da comunidade.

6.2 Produção das informações

6.2.1 Aproximação com os participantes da pesquisa

Para promover a aproximação com os sujeitos deste estudo, a pesquisadora optou pela realização de atividades de saúde, próprias a sua área de atuação como enfermeira obstétrica, mantendo aproximação com a temática da pesquisa. Desta forma, durante o primeiro ano do curso de mestrado, entre abril de 2015 e abril de 2016, foram realizadas 13 visitas regulares à comunidade, junto ao Grupo de Estudo: Enfermagem, Saúde e Sociedade (GEES), com

periodicidade variável a depender da fase do estudo, semanais, quinzenais, somente após as seis primeiras visitas foram iniciadas as entrevistas.

A locomoção até a comunidade para visitas eram realizadas de carro, salvo exceções, o transporte era disponibilizado pela UFAL para atividades de ações do grupo de pesquisa dentro do projeto CNPQ intitulado “*Estudo Epidemiológico da Saúde da População de Remanescentes Quilombolas do Primeiro Quilombo do Brasil*”, nas impossibilidades, ou quando era previsto um tempo de permanência superior ao agendamento do transporte institucional, a pesquisadora optava em realizar o trajeto em carro particular. A distância entre a UFAL e a comunidade era percorrida em aproximadamente uma hora, através do tráfego em rodovias federais situadas no Estado de Alagoas (BR 101 e BR 104).

As atividades realizadas em atendimento individual ou coletivo se passaram na Unidade Básica de Saúde Santa Luzia, situada no próprio povoado, e foram registradas em um diário de campo (Apêndice C), contemplando: consultas de enfermagem a mulheres em situação ginecológica, visitas domiciliares, educação em saúde. A partir destes contatos, tentava-se identificar, não apenas possíveis participantes deste estudo, como também informantes chaves dentre os profissionais de saúde da própria unidade.

Dentre as ações realizadas, destacam-se duas atividades de educação em saúde, pelo envolvimento da comunidade local e pela relevância dos temas explorados – sessão cinema abordando a violência contra a mulher e uma roda de conversa sobre sentimentos que envolvem a mulher no momento do parto.

Figura 10 - Cartaz da Roda de Conversa – Sentimentos sobre o parto



Fonte: AUTORA, 2016.

Concomitantemente ao desenvolvimento de atividades profissionais voluntárias, foram realizadas visitas de reconhecimento local, acompanhada por profissionais que trabalham na UBS e residem na comunidade, dessa forma, procurando apreender outras dimensões do viver em comunidade das pessoas, tais como: trabalho, escola, lazer, crenças e religião.

As possíveis participantes do estudo foram, a princípio, identificadas por três fontes, a saber: através do desenvolvimento das atividades do GEES; indicadas por profissionais da UBS; e pela formação de uma rede de informantes onde cada mulher entrevistada sugeriu outra pessoa que, em seu entendimento, poderia contribuir para o desenvolvimento da pesquisa.

À medida que a rede de informantes identificava possíveis participantes do estudo, essas mulheres eram visitadas pela pesquisadora em seu domicílio ou, eventualmente em seu local de trabalho. A elas foram sumariamente apresentadas às razões da visita e convidadas a participar do estudo. Diante do aceite, era agendado um horário e local, de acordo com a conveniência de cada mulher, para realização da entrevista.

A princípio foram identificadas 15 possíveis participantes. Destas, duas não atendiam ao critério de inclusão; duas se enquadraram nos critérios de exclusões por apresentarem condições de saúde debilitada; uma solicitou dispensa por não estar se sentindo bem na ocasião e, por fim, uma que não conseguiu retomar contato, em razão de horário de trabalho da mesma fora da comunidade. Assim sendo, nove mulheres participaram desta pesquisa.

Atendendo as recomendações para aplicação da História Oral Temática, polo técnico deste estudo, cada participante foi visitada pelo menos duas vezes; momento em que eram elucidadas dúvidas sobre pontos que não ficaram totalmente esclarecidos na primeira entrevista; depois de validado o texto transcrito (Apêndices D, E, F, G, H), obteve-se seu consentimento para utilização do mesmo.

6.2.2 Entrevista temática

Para a produção de informações utilizou-se a técnica da História Oral Temática (HOT). No momento da realização das entrevistas, eram também aplicados um formulário semi-estruturado para coleta de informações complementares referente ao perfil das participantes do estudo melhorando, assim, a compreensão do fenômeno estudado (Apêndice I). Para as participantes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo foram apresentados os critérios éticos. Através da leitura pausada e atenta do TCLE, as dúvidas que porventura

ainda persistiam foram elucidadas. Neste mesmo momento foram apresentados os recursos tecnológicos que utilizamos para gravações das entrevistas.

A utilização da História Oral Temática como método de produção de informações possibilitou extrair das falas das entrevistadas informações relevantes à pesquisa, permitindo ir além, pela captação das imagens gravadas que possibilitava apreender subjetividades percebidas no momento, como alterações no humor, acontecimentos externos que influenciaram no momento da entrevista, entre outras. Além disso, as gravações permitiram revisitar as entrevistas quantas vezes se fizeram necessárias. Ainda assim, os pontos que não ficaram totalmente explicados, foram esclarecidos em entrevistas complementares. Cada participante foram entrevistadas pelo menos duas vezes, antes de validarem os textos transcritos.

O local onde se realizaram as entrevistas foi de escolha das mulheres, salvo exceções, foram realizados no espaço destinado a exposições de artes em cerâmica, confeccionados pelos artistas locais, mas, que também se presta a encontros de moradores da comunidade para realizações de pequenas reuniões oficiais ou para o convívio social entre nativos.

Figura 11 - Arte conhecida como Cabeça de Muquém - artesã local



Fonte: AUTORA, 2016.

Além da HOT, recorreu-se a um Diário de Campo, como instrumento complementar as entrevistas realizadas, que de acordo com Silva (2012), trata-se de uma ferramenta que possibilita que, pesquisadores e leitores, percebam, com maior clareza, o campo da pesquisa a partir do conhecimento e do registro de características culturais, através destes são evidenciadas suas crenças e seu modo de vida.

6.2.3 Organização das informações produzidas: do oral ao escrito

A aplicação da História Oral Temática enquanto técnica de produção de informações se dá em quatro distintas fases: a primeira destas seria a própria entrevista temática, a partir da qual se faz necessário à implementação das outras três fases permitindo, assim, transformar o conteúdo oral em escrito. De acordo com Meihy e Ribeiro (2011) são elas: a transcrição; textualização; e a transcriação.

Nesta pesquisa todas as fases previstas para implementação da História Oral Temática foram observadas. Assim, somente após o alcance de seu produto final – os textos transcritos – ser validado, individualmente, junto às participantes, foi iniciada a análise das informações obtidas. Para obter a referida validação, a pesquisadora realizou a leitura do texto transcrito, pausadamente, procurando explicar todos os detalhes de forma a dirimir quaisquer dúvidas que lhe fosse apresentada.

Durante a transição entre as fases de transcrição e transcriação do texto, onde o pesquisador procurou aproximar os núcleos de sentido das falas dos participantes, já se iniciaram as primeiras nuances da análise, pois, à medida que reordenava o texto inicialmente produzido, redobrava sua atenção para o sentido em que as falas surgiam.

À medida que os núcleos de sentidos eram identificados, a pesquisadora procurava aproximá-los de forma a facilitar a recriação do texto, evitando as repetições e primando pela fluidez da escrita. Neste mesmo momento, as frases transcritas que produziam impactos relacionados ao objeto de estudo, foram selecionadas como **tons vitais** das falas das participantes sobre estas a recriação do texto era norteadas, algumas puderam ser utilizadas como “machete” que servirá como atrativo para sua leitura (MEIHY; RIBEIRO 2011).

Uma vez identificados os núcleos de sentidos e tons vitais (Apêndice J, L, M, N, O), estes foram, exaustivamente lidos e relidos, procurando agrupá-los de acordo com os sentidos das falas, surgindo inicialmente uma relação de 32 possibilidades, que se procurou reagrupá-las em **unidades temáticas de análises** respeitando a coerência léxica de cada fala. Assim surgiram inicialmente três destas unidades: (1) **Acesso e práticas de atenção à saúde reprodutiva da mulher quilombola no período gravídico**; (2) **O saber local sobre o parto e nascimento**; (3) **Valores culturais acerca do parto e nascimento**.

7 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa dez mulheres quilombolas, cujo, caracterizações encontram-se descritas:

Quadro 2 – Caracterização de mulheres quilombolas segundo idade, cor autodeclarada, ocupação, escolaridade e paridade

NOME	Idade (anos)	COR	OCUPAÇÃO	ESCOLARIDADE	GPA
Malayka	19	Preta	Do lar	2º grau incompleto	G1P0A0
Tisha	52	Parda	Do lar	1º grau incompleto	G7P7A0
Ayomide	66	Preta/parda	Do lar	Não alfabetizada	G15P14A1
Etana	69	Parda	Aposentada e artesã	Não alfabetizada	G11P10A1
Tangela	30	Parda	Do lar	2º grau completo	G1P0A0
Aduoa	54	Preta	Agricultura subsistência	Não alfabetizada	G9P9A0
Adenike	58	Preta	Serviços gerais	2º grau completo	G5P4A1
Acai	61	Parda	Agricultura subsistência	Não alfabetizada	G9P9A0
Abeba	42	Parda	Do lar	Não alfabetizada	G10P8A2

Fonte: AUTORA, 2016.

As participantes desta pesquisa pertenciam a diferentes grupos etários o que possibilitou apreender distintos valores atribuídos às experiências vividas relacionadas ao parto, pois de acordo com (WELLER, 2010) deve-se considerar que, apesar de viverem em um mesmo tempo da contemporaneidade, grupos etários diversos, vivenciam tempos interiores diferentes em um mesmo período cronológico.

Algumas mulheres quando indagadas sobre o reconhecimento de sua cor se autodeclararam morenas. Entretanto, após solicitar que procurassem observar as possibilidades de classificação do IBGE, todas enquadraram na categoria de pretas e/ou pardas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008). Vale ressaltar, que esta classificação leva muito mais em conta o pertencimento étnico-racial, sob o ponto de vista dos próprios indivíduos, de como esses se reconhecem respeitando a sua liberdade de expressão, do que mesmo como é percebido o seu tom de pele por outras pessoas (SILVA, 2012).

As mulheres quilombolas que participaram desta pesquisa, apresentavam melhores níveis de escolaridade entre os grupos etários com idade inferior a 35 anos, porém duas participantes com idade maior que 50 anos afirmaram ter formação de 1º e 2º graus. Isso, provavelmente, resulta de políticas públicas voltadas para melhorias no acesso à educação em

comunidades quilombolas incluindo a implantação da política pública de formação de jovens e adultos (EJA) (SILVA, 2012).

- **Malaika (Anjo)** tem 19 anos, é nativa do Muquém, cresceu na comunidade, mas, saiu aos 17 anos para viver em outro Estado, retornando um ano após, pois estava grávida e necessitava ser cuidada pela mãe. Mantém uma relação estável com o pai de seu bebê, que nasceu de parto prematuro há quase 30 dias. Foi a sua primeira experiência de parto, diz que sentiu muita tristeza quando foi informada que sua gravidez era de risco, temia pela vida de sua filha, mas, esforçou-se para se manter calma, pois não queria que seu parto fosse cesariano: **“Eu me mantive calma! Não queria que fosse cesáreo de jeito nenhum!”** (C).
- **Tisha (Determinada)**, tem 52 anos, casada, tinha entre dez e onze anos quando sua mãe faleceu, casou aos dezoito, desde então sua sogra e seu sogro, passaram a cuidar dela como se fosse uma filha. Engravidou sete vezes, todas as vezes muito próximo ao período do puerpério, pois nem chegava a rerepresentar ciclo menstrual, só teve um parto no hospital, os outros foram todos em casa: **“Nos seis filhos que eu ganhei em casa, dentro do quarto era eu, a parteira, minha sogra e meu sogro”** (Apêndice D).
- **Ayomide (Alegre)**, tem 66 anos, casada, vive com o marido. Engravidou 15 vezes, quase todos os filhos nasceram em casa, todos de parto normal. A experiência do primeiro parto foi em um hospital em São Paulo. Longe de casa, sentiu muita falta da família, onde teria mais “dengo”, inexperiente diz que: **“Eu tinha medo meu Deus do céu! Como era o parto? Eu tinha tanto medo! Não sabia o que ia acontecer!”** (Apêndice E)
- **Etana (Forte)**, 69 anos, foi casada por duas vezes, seus filhos foram frutos destes dois casamentos. Ao todo engravidou onze vezes. Para ela, ter uma relação conjugal amistosa faz muita diferença no desejo de engravidar, por esta razão não lhe agradava a ideia de conceber filhos no primeiro casamento, ainda assim, teve quatro desta união. Sua trajetória de vida foi marcada por muito sofrimento e privações, desejava ter “um canto de paz para viver com os filhos”. Retornou à

comunidade, casou pela segunda vez, tendo seus outros sete filhos nascidos de parto normal, cinco destes em casa. Para ela: **“de todos partos a gente sofre, pois de todos temos que padecer! Minha preocupação era que viesse em boa hora, bom tempo”** (Apêndice F)

- **Tangela (Atenciosa)**, tem 30 anos, é casada e planejou ter filho desde os 25 anos de idade. Há pouco mais de um mês teve seu primeiro filho, nascido de parto normal em uma maternidade de risco habitual de Maceió. Começou a sentir dores três dias antes de nascer, foi por duas vezes até a maternidade local, porém por falta de anestesista, foi aconselhada a procurar maternidade na capital, por conta própria. Já era noite quando encontrou vaga em uma maternidade de risco habitual, mesmo sabendo que faltava material para parto cesariano, sentiu-se aliviada: **“Durante toda gestação eu queria parto normal, mas, na hora que eu vi muita dor... o que viesse estava bem-vindo!”** (Apêndice G)
- **Aduoa (Paz)**, tem 54 anos, duas uniões estáveis ao longo da vida, delas foram gerados nove filhos, dois meninos e sete meninas, uma destas faleceu ainda na primeira infância. Todos os seus partos foram normais e não houve nenhum abortamento. Gostou tanto de ter seus partos normais que fala sobre o assunto com saudosismo. Devido as suas experiências de partos em casa assistidos pela parteira acredita que: **“Ela me ensinou muita coisa! Se eu for pegar uma criança, eu pego! Nascendo em casa... pego!”** (Apêndice H)
- **Adenike (Afetuosa)**, 58 anos, solteira, engravidou cinco vezes, todas as vezes desejando ter mais um filho homem. Teve quatro partos normais, dois destes em casa com auxílio da parteira e três em hospitais, o último uma cesariana de emergência. Refere ter sofrido muito devido a sua inexperiência na primeira parturição: **“Meu primeiro filho não tinha experiência! Não sabia o que fazer! D’eu ter sofrido, foi porque eu fiquei nervosa, não sabia o que fazer!”** (APÊNDICE I)
- **Acai (Timidez)**, 61 anos, solteira, engravidou nove vezes, todos os filhos nasceram de nove meses, parto domiciliar assistido pela parteira. No geral foram experiências

boas, mas lamenta só ter sobrevivido um destes filhos, todos os outros foram a óbito nos primeiros cinco anos de vida. Resistente à ideia de ter filhos nascidos em maternidade, diz: **“Eu tive os meus filhos em casa, eu não saia pra fora de jeito nenhum... era na minha casa! Nesse tempo da gente era bom que os partos era tudo em casa, hoje em dia não dá mais não prá ser assim”** (APÊNDICE J)

- **Abeba (Flor)**, 42 anos, gestou dez vezes, foram oito partos normais, dentre os quais teve um natimorto e um aborto. Todos os partos foram normais, os dois primeiros em casa, mas após a morte da parteira passou a procurar hospitais para ter seus filhos, sobre isso diz: **“A minha parteira morreu! De lá pra cá na hora de parir eu vou pra rua, porque já vem tudo limpinho. Gostei! A mulher vinha enxuta e tudo, vinha limpinha”** (APÊNDICE L).

8 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a análise e discussão pretendida nesta pesquisa foi utilizada a Teoria da Diversidade e Universalidade de Madeleine Leininger, seus pressupostos e postulados, com vistas à promoção de um diálogo com a literatura acadêmica que trata de experiências de parto na perspectiva cultural, assim direcionando o olhar para o objeto do estudo.

O rigor acadêmico foi observado à medida que se buscou desvelar a lógica interna dos conteúdos das falas e, uma vez apresentada as informações obtidas pela coleta, procurou-se enriquecer o conhecimento através da consulta a literatura científica sobre os achados, como também, buscou-se verificar se os mesmos respondiam ao pressuposto do estudo.

Desta forma procurou-se superar o que Minayo (2008) coloca como um recorrente obstáculo na interpretação de pesquisas qualitativas, que consiste na pouca habilidade de pesquisadores em promover a “junção e síntese das teorias e dos achados em campo ou documentais” que levam a conclusão de trabalhos sem apropriação teórica. Nesta perspectiva, buscou-se atender o que a mesma autora propõe: construir uma análise coerente com a lógica dos atores em sua diversidade dentro de uma narrativa teorizada, contextualizada, concisa e clara produzindo um constructo de segunda ordem sobre o objeto contemplado (MINAYO, 2008).

Neste estudo, à medida que se direcionou o olhar sobre a experiência do parto e nascimento da mulher quilombola da comunidade Muquém, com a finalidade de apresentar os resultados da pesquisa e analisá-la à luz da teoria transcultural de Madeleine Leininger, procurou-se zelar pelo rigor metodológico exigido pela pesquisa qualitativa, a partir de leituras e releituras cuidadosas das entrevistas e de registros do diário de campo, desta forma foi possível sistematizar os conteúdos dos quais emergiram as seguintes Unidades Temáticas de Significância: (1) **Acesso e práticas de atenção à saúde reprodutiva da mulher quilombola no período gravídico;** (2) **Saber local sobre o parto e nascimento;** (3) **Valores culturais acerca do parto e nascimento.**

Conforme Geertz (2008, p. 8), “a cultura de uma sociedade pressupõe um sistema de crenças sobre “o que quer que seja”, algo que alguém deve saber ou acreditar, que conduzirá seu agir de uma forma aceita pelos seus membros”. Desta maneira: “No estudo da cultura, os significados não são sintomas ou conjuntos de sintomas, mas, atos simbólicos ou conjuntos de atos simbólicos e o objetivo não é terapia, mas, a análise do discurso social” (GEERTZ, 2008, p. 18).

O parto é um fenômeno universal, que envolve dois momentos de crises, identificados no ciclo de vida, a reprodução e o nascimento. Por esta razão, em nenhuma cultura humana este evento passa despercebido, mesmo que os significados a ele atribuídos sejam diferentes entre estas (HOEBEL; FROST, 2015). Com maior ou menor grau de naturalidade na forma de apreendê-la, fato é que nenhuma mulher passa pela vida incólume a esta experiência, pois, sempre teve a maternidade como um papel social nato (VALENTIM; TRINDADE, 2010).

Desde os primórdios da humanidade que a assistência ao parto tem sido objeto de interesse de várias ordens. Desta forma, o cuidar/cuidado à mulher que paria lhe foi dirigido sobre diferentes concepções, desde a mágico-religiosa até as respaldadas sob as melhores evidências científicas que o momento disponibilizava. Por sua vez, acompanhou o desenvolvimento social, urbano e da medicina (VALENTIM; TRINDADE, 2010). Percebe-se, então, que a história da assistência ao parto sempre remete a um modelo de atenção a ele dispensado.

De acordo com Leininger (2002), os valores e crenças sob a prática de cuidado cultural tendem a estar englobados em uma visão de mundo que, dentre outros aspectos, também é influenciada, pela conjuntura política, econômica e étnico-histórica. Neste contexto, emergiram entre as falas das participantes, relatos que remetem às experiências do cuidado à saúde reprodutiva da mulher quilombola, que a partir da sistemática triangulação do discurso com o referencial teórico e a literatura específica sobre a questão da pesquisa, deram origem a seguinte unidade de análise: **Acesso e práticas de atenção à saúde reprodutiva da mulher quilombola no período gravídico.**

8.1 Acesso e práticas de atenção à saúde reprodutiva da mulher quilombola no período gravídico

Segundo o conceito da Organização das Nações Unidas (ONU) a saúde reprodutiva compreende “um completo estado de bem-estar físico, mental e social em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença e enfermidade” (BRASIL, 2016). Trata-se de uma condição que vai além do campo da gravidez e do parto e nascimento, alcançando também questões relacionadas ao planejamento familiar e a vida sexual das pessoas enquanto um direito humano.

O conceito ampliado de saúde reprodutiva não possibilita que seja aqui tratado em sua plenitude. Desta maneira, para manter a coerência com o objetivo deste estudo, a análise que

segue procura abordar a saúde reprodutiva sob os aspectos diretamente relacionados com a condição do cuidado à saúde da mulher na gestação e no parto/nascimento.

Da mesma forma, para manter a coerência interna com o objeto desta pesquisa a análise da saúde reprodutiva foi realizada confrontando com aspectos culturais que envolvem a cultura quilombola. Desta maneira, para iniciar a discussão pretendida se faz necessário conhecer a condição atual da saúde reprodutiva da mulher negra na atualidade.

Pesquisa de abrangência nacional de amostra em domicílio revelou que as mulheres negras brasileiras apresentam piores indicadores sociais quando comparadas às mulheres brancas. A baixa escolaridade, maior vulnerabilidade social decorrente de pior condição econômica mantém correlação estatisticamente comprovada com os piores desfechos na assistência à mulher na gestação e no parto e nascimento revelando a iniquidade em saúde que vigora no Brasil (BERQUÓ; LAGO, 2016).

Segundo este mesmo estudo sobre a saúde reprodutiva de mulheres brasileiras com recorte racial viu-se que entre negras e brancas o acesso ao pré-natal se deu de forma semelhante. Entretanto, o mesmo não aconteceu quando se observou o quantitativo mínimo de seis consultas, ponto de corte preconizado pelo MS como indicador de pré-natal realizado. Além disso, nos dois grupos de mulheres analisados observou-se uma incapacidade de serviços públicos e privados em realizar a consulta de retorno puerperal, reduzir taxas de cesarianas, aplicarem técnicas para alívio da dor na assistência à parturiente e presença de acompanhante no cenário do parto (BERQUÓ; LAGO, 2016).

O acesso a serviços de atenção à saúde reprodutiva das mulheres grávidas quilombolas do Muquém foram citados em dois distintos momentos relacionados com a atenção à saúde no ciclo de gestação-parto-puerpério. O primeiro momento diz respeito à saúde durante a gravidez, enquanto o segundo refere-se à atenção no momento do parto e nascimento, surgindo, então, duas subunidades de análise: (In)acessibilidade à rede de atenção ao Pré-Natal e (In)acessibilidade à rede de atenção ao parto.

8.1.1 (In)acessibilidade à rede de atenção ao pré-natal

Nesta subunidade de análise se viu que, a depender do momento histórico da comunidade, as participantes informaram ter ou não acesso à rede de atenção ao Pré-Natal, assim, entre as mais velhas – grupo etário maior que 35 anos – surgiram às seguintes falas:

Não, não minha fia! Nunca fiz não... antes não tinha esse negócio não! Veio ter agora... (Ayomide).

Não!... eu ia no médico quando era necessário quando precisava... existia médico, mas, não tinha esse acompanhamento de pré-natal (Tisha).

[...] a gente só tomava vacina essas outras coisas não tinha não! [...] só fazia exame na hora de ter, pra saber como a criança estava (Etana).

As primeiras alusões à assistência pré-natal no Brasil surgiram na década de 40, com o Programa de Saúde Materno Infantil, cujo foco maior era a vigilância do bem-estar fetal, onde sobre a mãe eram emitidos julgamentos, tornando-as culpada por toda mazela que viesse acometer ao seu recém-nascido. Somente 40 anos depois, com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi que a mulher passa a ser considerada uma prioridade em questões de saúde e o programa passa à condição de política de saúde anos depois (MATOS et al., 2013).

Percebe-se que apesar da existência das políticas públicas voltadas ao cuidado pré-natal, estas não estavam facilmente acessíveis à comunidade quilombola Muquém, fazendo com que o pré-natal não fosse completado coadunando com resultados de outros estudos que denunciam a vulnerabilidade de determinados grupos humanos, especialmente aqueles em situação de isolamento e piores condições de urbanização, como se pode verificar na fala abaixo:

Precisava, mas ir assim como tem hoje... na minha época não... que eu me lembre não! Hoje em dia tem mais facilidade pra você acompanhar... existia médico, mas não tinha esse acompanhamento de pré-natal (Tisha).

Fiz... não, de todos não! Acho que foi do primeiro... mas, não terminava, fazia mais não terminava o período todo, né? Sempre parava no meio... ia umas, duas, três consultas e só, aí enquanto não sentia nada, não procurava médico não! (Adenike).

Desta forma, a efetividade das políticas públicas de saúde é questionada, visto que estas atingem grupos humanos de formas diferentes, perpetuando a situação de maior vulnerabilidade a problemas de saúde entre aqueles de menor expressividade social (TEIXEIRA, 2012; VALENTIM; TRINDADE, 2011).

A despeito da dificuldade de acesso a atenção à saúde na gravidez de mulheres quilombolas, o mesmo não se verificou entre as mais jovens, cujas falas revelam que além de ter tido acesso ao pré-natal, sua compreensão sobre o significado do mesmo foi ampliada, conforme exposto a seguir:

[...] e assim, eu tive ajuda aí do posto! que ajudaram muito! principalmente quando eu voltei do hospital, já passei direto pra o posto, que era o dia da minha consulta, dia 13 (Tangela).

Seis! aqui mesmo no posto! (Malayka).

Percorrendo uma temporalidade no contexto das políticas públicas de saúde voltadas à mulher na gestação, tem-se que ao longo de sua institucionalização, o Ministério da Saúde propôs diferentes programas, visando à melhoria da saúde da mulher no processo de gestação, parto e puerpério. O PAISM em 1980 pode ser considerado um salto na qualidade da assistência à mulher de uma forma mais abrangente, também fora do ciclo gravídico puerperal. Entretanto, foi a partir do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído no ano 2000, mais tarde transformado em política pública de saúde, que outros valores conceituais foram incorporados aos preceitos da assistência pré-natal.

Nesta perspectiva de remodelação da atenção à saúde com vistas à qualidade da assistência, surgem novos fundamentos que tentam valorizar o humano nas relações entre usuários e profissionais de serviços de saúde. Entre estes fundamentos se destacam: o incentivo às ações de humanização da assistência obstétrica e neonatal; a garantia de um número mínimo de seis consultas para se considerar um pré-natal realizado; e a introdução de um novo conceito na prática cotidiana de profissionais nos serviços de saúde – o acolhimento – compreendido como uma estratégia da PHPN que para Gonçalves et al. (2013): “...se constitui na recepção dos usuários de maneira a escutar e analisar sua situação, a fim de lhe oferecer soluções adequadas e específicas a seus problemas”.

O apelo à escuta qualificada nas relações entre usuários e profissionais de saúde contida na PHPN, coaduna com vários **pressupostos e postulados da Teoria do Cuidado Cultural de Leininger**, pois, à medida que visa reconhecer as singularidades das pessoas, prerrogativa para uma assistência co-responsável, leva em consideração que elas possuem **padrões culturais de cuidar/cuidado** próprios. Além disso, alguns destes padrões podem divergir das ideias sobre cuidado que são partilhadas no meio profissional, gerando **diferentes expectativas sobre o cuidado de enfermagem**.

Vale ressaltar que **sob o olhar da Teoria de Leininger**, os protocolos institucionalizados para assistência à mulher na vigência de gestação, parto e puerpério, secundários a PHPN, embora visem à melhoria da assistência pela possibilidade de um atendimento seguro, devem ser utilizados com cautela, pois, à medida que padronizam condutas, podem dificultar a aplicação do acolhimento em seu sentido pleno, de escuta

qualificada e de visão holística do outro, com **respeito às diferenças**. Assim, o uso indiscriminado de protocolos pode conduzir a **insatisfação com a qualidade da assistência prestada**.

A Rede Cegonha, um plano de governo implementado no País a partir do ano de 2011, em vigor na atualidade, busca promover a atenção especializada à mulher desde o planejamento de sua vida reprodutiva até a vivência de seu ciclo gravídico-puerperal, prevendo também, o acompanhamento da saúde da criança até o segundo ano de vida (GONÇALVES et al., 2013). De forma inédita, este plano contempla a forma pela qual as ações previstas em seu escopo devem ser executadas. Desta maneira, a rede se estrutura a partir de quatro componentes, quais sejam: I – Pré-Natal; II – Parto e Nascimento; III – Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV – Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

Tratando especificamente do componente pré-natal, de acordo com a legislação vigente (BRASIL, 2011), a Rede Cegonha preconiza que este deve ser realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo início precoce através da captação da gestante na comunidade, garantindo-lhe uma atenção qualificada. A UBS também deve acolher às intercorrências na gestação, classificando-as de acordo com o risco e vulnerabilidade associada a cada caso. O acesso ao pré-natal de alto risco deve se dar em tempo oportuno, como também deve ser garantida a realização de exames, independente do risco associado à gestação.

Na fala descrita a seguir percebe-se que há um entendimento ampliado sob o papel funcional do pré-natal que para além da realização de consultas processuais, normatizadas por protocolos deve também ser capaz de acolher demandas da mulher que experiencia o gestar e o parir em outras situações, mesmo que seja pouco comum nas rotinas das UBS:

aí passei até umas 2 horas lá com Afya, marcando o período das contrações antes... aí ela disse: Tangela tá mais próximo, porque tava em 5 em 5 minutos e aumentando aí ela disse se você não aguentar volte para o hospital... quando foi na madrugada da quinta eu já fui e fiquei! (Tangela).

Na fala de Tangela observa-se que o **cuidado congruente** às suas necessidades de saúde, revelou-se através do acolhimento e da assistência de enfermagem que lhe foi prestada, à medida que foi adequada a demanda do cuidado de enfermagem sinalizado por ela que mais se identificava com o cuidado prestado na rotina dos serviços de assistência à mulher durante o trabalho de parto que mesmo de uma rotina ambulatorial do pré-natal, como se podem observar no trecho que segue onde Leininger o define:

Diz respeito às ações ou decisões de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadora cognitivamente baseadas feitas à medida para servir os valores, crenças e modos de vida do indivíduo, grupo ou institucionais para prestar ou apoiar serviços de cuidados de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios (LEININGER, 2002, p. 572).

8.1.2 (In)acessibilidade à rede de atenção ao parto

De acordo com as diretrizes nacionais para assistência ao parto normal, elaboradas pelo Ministério da Saúde consonante com as recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS (CONITEC), atualmente cerca de três milhões de nascimentos ocorrem no Brasil durante um ano, destes 98% acontecem em um ambiente hospitalar, ocasiões onde parturientes e seus familiares procuram um serviço de saúde acolhedor, capaz de lhes garantir o direito a uma prática de saúde benéfica fruto da associação entre: respeito, habilidade profissional e evidências científicas, para vivenciar a experiência do parto e nascimento (BRASIL, 2017, 2016).

A discriminação étnico-racial e o racismo institucionalizados nos serviços de saúde brasileiro são determinantes de vulnerabilidade social manifesto que coloca mulheres negras em situação de desvantagens quando comparadas às mulheres brancas, comprometendo-lhes a saúde sexual e reprodutiva e, conseqüentemente, negando-lhes um direito humano básico. Atitudes como estas se refletem através do menor acesso aos serviços de saúde, pública e privada, a consultas médicas e a tratamento odontológico de mulheres que se autodeclaram pretas ou pardas durante o atendimento de saúde; (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, outro grande diferencial da Rede Cegonha para a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal é a integração dos serviços em rede, que propõe garantir a esta mulher uma linha de continuidade do cuidado da gravidez, parto e puerpério, através de um sistema de vinculação. Além disso, estão previstas ações gerenciais que permitem operacionalizar a proposta da Rede Cegonha, inclusive apoio às gestantes nos deslocamentos para consulta de pré-natal e para o local onde a parturiente deve ser assistida (BRASIL, 2011).

A vinculação em rede para as mulheres da Comunidade mostrou-se precária. As participantes referiram experiências de dificuldades relacionadas ao acesso a maternidades, quais sejam: de ordem financeira e falta de encaminhamentos através do sistema de referência e contra-referência, levando-a a peregrinação e a exacerbação do sentimento de medo relacionado ao bem-estar da mãe e do seu filho. Tais dificuldades podem ser agravadas

quando a necessidade de busca pela maternidade ocorre no período noturno. O que pode ser observado nas falas a seguir:

[...] eu tinha receio de voltar pra o hospital e voltar pra casa de novo, porque de União pra cá era 15 reais de carro e pra tá direto não tinha condições. [...] não tive encaminhamento pra Maceió, porque não conseguiram vaga pelo CORA... não conseguiram a vaga [...] o médico pediu pra que eu fosse pra Maceió. [...] “o medo de não encontrar vaga, de ficar batendo de hospital em hospital”[...] o medo de não encontrar vaga e de acontecer alguma coisa (Tangela).

Porque às vezes, assim [...] eu não sei porque... só acostuma mais nascer menino a noite! É difícil de transporte [...] (Adenike).

Reportando-se ao componente II da Rede Cegonha, intitulado parto e nascimento, tem-se que deve haver provisão de leitos obstétricos e neonatais em número adequados às necessidades loco-regionais, que atendam ao disposto na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº.36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que diz respeito à ambiência das maternidades, com adoção de boas práticas obstétricas e neonatais, garantia do direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, realização de classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e de dispositivos de co-gestão (BRASIL, 2011).

A deficiência no sistema de integração em rede para assistência obstétrica com vista ao acompanhamento da mulher em todo ciclo gravídico, do pré-natal ao parto e puerpério, é um grave problema de saúde pública, frequentemente encontrado no cenário brasileiro, e que de forma semelhante também esteve presente nas experiências relatadas pelas participantes deste estudo (FURTADO et al., 2016).

Alagoas dispõe de 102 municípios que para fins da organização da atenção à saúde são lotados em 10 Regiões de Saúde (RS). A rede de atenção obstétrica para assistência ao parto e nascimento é composta por 15 hospitais/maternidades, destes, quatro são referências para o alto risco, quatro unidades mistas, 15 CPN e 13 casas de parto (ALAGOAS, 2016).

Somando-se todas as possibilidades de leitos cadastrados para assistência ao parto de risco habitual na 3ª RS, que inclui o cenário desta pesquisa, totalizam 29 leitos, destes 10 correspondem a leitos de CPN e de casas de partos que deveriam ser assistidos por enfermeiras obstétricas.

Efetivamente, a rede local destinada ao cuidado da mulher quilombola do Muquém na experiência ao parto e nascimento oferta uma única maternidade de risco habitual situada no

centro de União dos Palmares (AL), distante cerca de sete quilômetros do Povoado Muquém, sendo esta referência para entrada destas mulheres no sistema de saúde, de onde, havendo necessidade, podem ser encaminhadas a referência de alto risco na capital do Estado há 67 quilômetros de distância, desde que para isso seja solicitado e liberado vaga à central de regulação de leitos obstétricos do Estado.

Apesar disto, algumas vezes, a falta de leitos obstétricos impediu o correto fluxo de referência, causando transtornos pela peregrinação, despertando medo e insegurança, como visto na fala de Tangela:

Não tive encaminhamento porque não conseguiram vaga pelo CORA, e pra encaminhar tem que ter o CORA, né?! Não conseguiram a vaga, o médico pediu pra que eu fosse pra Maceió, aí a gente foi procurar outra maternidade, já que a gente não tinha encaminhamento. [...] “O medo de não encontrar vaga, de ficar batendo de hospital em hospital [...] o medo de não encontrar vaga e de acontecer alguma coisa”. [...] “eu fiquei esperando encontrarem uma vaga prá mim” [...] “mas graças a Deus, encontremo!” (Tangela).

As falas abaixo retratam experiências semelhantes, no que tange a não garantia de leitos obstétricos para assistência a seus partos. Desta forma, percebe-se que a negação do direito a uma assistência obstétrica no ambiente hospitalar perpetua-se através das gerações, como se pode inferir das falas de Tisha e de Tangela:

conseguiram uma vaga lá pra gente, que também estava lotado[...] (Tangela).

[...] foi tempo de final de ano... eu ganhei em Maceió porque a maternidade aqui estava pintando (Tisha).

A falta de comunicação entre as interfaces da assistência obstétrica do pré-natal ao parto e nascimento expõe a parturiente e seu filho a um maior risco de morbimortalidade materna e neonatal, situações que poderiam ser evitadas se fossem revisitadas e reorganizadas o sistema de referência e contra-referência, transporte e comunicação em rede (FURTADO et al., 2016).

A vinculação de parturientes à rede de atenção obstétrica é uma prerrogativa para assistência humanizada que vigora no País desde o ano de 2007, que, embora tenha sido impulsionada pela implantação da Rede Cegonha em 2011, ainda em dias atuais não se mostrou suficiente para fazer valer o direito dessas mulheres a vivenciar seus partos com segurança. Esta ineficiência da vinculação em rede nos serviços de atenção obstétrica leva a peregrinação de parturientes e familiares constituindo-se uma violência obstétrica recorrente

no Brasil, fruto da precariedade do sistema de saúde que expõe mãe e filho a situações de risco à saúde e à vida (RODRIGUES et al., 2015).

Ainda citando Rodrigues et al. (2015), o conceito de rede de atenção obstétrica, nada mais é, que uma forma de garantir à população seus direitos a assistência à saúde observando os princípios de igualdade, equidade e integralidade da assistência, através de um intercâmbio entre os serviços disponíveis no sistema de saúde que devem dialogar entre si em um mesmo nível hierárquico, comungando do objetivo comum de atender à mulher e seu conceito de forma segura e humanizada, em uma linha contínua de cuidado.

Com a institucionalização do parto e nascimento, mais intensamente adotada no Brasil a partir do século XIX, as pessoas passaram a acreditar que o ato de parir é, por si só, um evento potencialmente complicado. Desta forma, quando mulheres e familiares buscam os serviços de saúde para assistência a parturiente o fazem procurando encontrar um local seguro para a saúde do binômio mãe e filho, com pessoas capazes de acolher suas demandas e oferecer uma compreensão ampliada de sua situação (BRASIL, 2016).

Relatos de experiências vivenciadas por mulheres quilombolas que participaram deste estudo revelam que para elas o ambiente hospitalar representa a segurança buscada que se efetiva através da confiança depositada no saber científico de profissionais que atuam nestes serviços, como se observa nas citações que se seguem:

[...] tive sorte de pegar uma médica boa, que estava no plantão naquela noite... e ela todo tempo que eu chamava ela tava perto... as enfermeiras que ficava junto com ela, da equipe, nessa parte tive sorte (Tangela).

O médico que me atendeu... um excelente médico! [...] Aí quando eu cheguei lá ele me examinou e disse: ela vai ficar (Malayka).

Já no hospital a gente gostava porque quando vinha de lá, vinha resolvido e se tivesse alguma recaída no hospital a pessoa estava nas mão dos médico e em casa – só Deus mesmo! (Etana).

Paradoxalmente a ideia de que o parto no ambiente hospitalar é o mais seguro para a saúde da mulher e seu conceito, estudo multicêntrico sobre o nascer no Brasil (LEAL et al., 2016) divulgou que existe um elevado número de *near miss* que se relaciona a inacessibilidade a atenção pré-natal e hospitalar, causando peregrinação na rede e inadequações nas admissões nos serviços que não correspondem ao grau de complexidade que cada caso necessitava, que podem levar a excessos de intervenções ou falta destes quando

necessários desencadeando maus desfechos maternos e neonatais, tais como infecções e prematuridade.

Apesar da **valorização do saber científico, a procura do hospital para assistência ao parto predominou mais entre as mulheres mais jovens da comunidade, ao passo que para as mais velhas o ambiente hospitalar destinava-se às complicações do parto** que impediam sua ocorrência no domicílio, auxiliado pela parteira, como se pode verificar nas falas seguintes:

Quando a criança vinha num momento que não dava trabalho de jeito nenhum ela pegava... fazia tudo direitinho, mas se ela visse que tinha algum problema, aí ela já mandava a pessoa procurar um médico (Etana).

Agora que era assim, ela ia olhar que o menino vinha de posição diferente, quando ela via que a criança não ia nascer em casa, ela mandava ir pra união, pro hospital. Teve uma vez só que a placenta não veio... mandou eu ir pra União, aí chegou lá os médico tirou a placenta e aí, vida normal (Tisha).

As falas anteriores de Etana e Tisha tornam explícitos que **entre as mulheres mais velhas a assistência ao parto e nascimento se passava no ambiente doméstico com auxílio da parteira da comunidade que tinha seu saber e fazer reconhecido por estas mulheres.**

Este entendimento é reforçado nos discursos abaixo:

[...] era uma vizinha que eu tinha. Era uma senhora de idade, mas era uma ótima parteira. Ela vinha e observava... que ela conhecia. Eu ganhei meus sete filhos tudo com ela. [...] Também, ela ia fazer os procedimentos que hoje os médico faz. Era, o que assim, sempre ela pegava na barriga, olhava embaixo como era que vinha... que ela dizia, sempre ela dizia assim – olha tá coroando – ela falava, mas a gente não sabia o que era – as que realmente já era pertinho... aí nascia... Era uma ótima parteira (Tisha).

Eu tive os meus filhos em casa, eu não saía pra fora de jeito nenhum... era na minha casa! Não fui pra hospital não! Não precisou. Nesse tempo da gente era bom que os partos era tudo em casa, hoje em dia não dá mais não pra ser assim. Mas, os meus foi tudo em casa mesmo! Quando a dor vinha realmente forte e que não aguentava mais, chamava a parteira ela vinha e só saía quando eu descansava, quando deixava nós com o bebê! A parteira era que fazia o parto e graças a Deus eu ficava bem! Era muito boa ela! (Acaí).

Em casa, quando a dor vinha, eu mandava chamar a cumade, a parteira. Ela morava pertinho, morava para aquele lado de lá! E tinha outra pertinho de casa! Era três parteiras na comunidade, agora não tem mais não! (Ayomide).

Como já dito, a grande maioria dos nascimentos no Brasil ocorrem no ambiente hospitalar, entretanto, devido as suas dimensões continentais, a existência de localidades de difíceis acessos e a própria diversidade étnico-racial da população brasileira faz com que a

experiência do parto e nascimento sejam expressas das mais variadas maneiras a depender da cultura local e do acesso à rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Entre mulheres ribeirinhas, quilombolas e indígenas, a figura da parteira tradicional, aquela que presta assistência à mulher durante o seu parto e nascimento de seu filho e que goza de um reconhecimento da comunidade, faz-se fortemente presente nos relatos da literatura científica sobre a experiência do parto e nascimento com a adoção de saberes e práticas próprios da cultura local, manifestos através de atitudes de apoio e de menor intervencionismo no decorrer da parturição, apesar disto a assistência se dá geralmente como uma experiência isolada, desarticulada do SUS (BRASIL, 2012).

A prática da parteira tradicional e sua exclusão do sistema de saúde podem ser percebidas nas falas seguintes:

Tinham três assistentes que pegava criança, a comadre..., outra que morava lá na beira da rodagem, uma que morava aqui na beira do rio... mas, nenhuma tinha curso não. O dom dela era ela chegar naquela hora, fazia um chá pra mulher, dava um esfregamento de folha, mas nunca ouvi falar que fizesse curso não! [...] Acho que foi o dom dela mesmo de botar-se a pegar a criança, cortar o imbigó, na inteligência dela, né? [...] um dom que Deus foi quem deu (Etana).

A parteira era da comunidade. Foi muito boa ela. Ah, pra comunidade ela era ótima! Já era uma senhora de idade, mas ela era experiente, só não era enfermeira, né?! Inclusive ela era quem agia com as mulheres que ia ganhar (Adenike).

Era uma senhora de idade, mas era uma ótima parteira. Ela vinha e observava... que ela conhecia. Eu ganhei meus sete filhos tudo com ela. [...] A parteira sempre era como a pessoa assim, orientada mesmo. Quando a gente ia ela dizia: ói tá hora você... tá hora! você vai ganhar!... Acertava (Tisha).

Retomando a história do parto no Brasil, sabe-se que o cuidado prestado à parturiente norteado pelo modelo mágico-religioso, que de interesse do senso comum predominou até o século XIX, e foi perdendo espaço à medida que o processo de urbanização e melhorias das condições de saneamento se encontra com a evolução da medicina, transformando o olhar místico sobre as quais as decisões relacionadas à assistência à parturiente eram obtidas, em um interdito moral e social (VALENTIM; TRINDADE, 2011).

À medida que o modelo de assistência ao parto hospitalar se propagava, **a prática não oficialmente reconhecida da parteira tradicional, desarticulada do sistema de saúde local foi sendo abandonada, não havendo transmissão do saber para outras mulheres da comunidade.** A maternidade hospitalar passa a ser a única possibilidade de assistência a estas

mulheres para experiência do parto e nascimento. Como pode subentender-se das falas que se seguem:

Hoje não tem mais nenhuma... Elas já eram de idade, morreram! Era muito bom, minha fia, as parteiras que tinha aqui, aí se acabou tudo! (Ayomide).

Nesse tempo da gente era bom. Hoje não tem mais parteira aqui [...] Ela era experiente, quando uma se ia, ficava outra que já sabia fazer o movimento [...] Tinha curso não. Nesse tempo de hoje, não tem mais nenhuma, foi simhora tudo! Agora quando as mulher estão querendo ter o neném elas vão pra União, aqui na cidade vizinha, a gente tem é que entrar na faca mermo [...] (Acai).

A política do Brasil para atenção ao parto e nascimento não prevê a inclusão de partos domiciliares planejados, mas incentiva a escolha informada da mulher e familiares em adotar outros locais para assistência humanizada em situações de baixo risco¹⁰, como Centro de Partos Normais (CPN) e Casas de Partos, onde estes serviços estão presentes (BRASIL, 2016). Entretanto, estas unidades não estão disponíveis ao nível loco-regional.

Estudos realizados na Inglaterra e Nova Zelândia, que tratam do custo-efetividade relacionando o local de assistência à mulher e recém-nascido no processo de parturição, com vistas à preservação do bem-estar materno e fetal, comparou as modalidades de assistência desenvolvidas em partos domiciliares planejados; CPN (extra, peri e intra-hospitalar) e hospitais maternidades. Tais estudos verificaram em seus desfechos, a existência de benefícios do parto domiciliar assistidos por enfermeiras obstétricas ou obstetizes em relação a outras possibilidades de locais de assistência à parturiente (BRASIL, 2016).

Os desfechos favoráveis relacionados com a experiência do parto fora do ambiente hospitalar, anteriormente citados, foram originados de ensaios clínicos randomizados e dizem respeito ao bem-estar materno, correspondendo a: menos intervenções na assistência obstétrica, entre estas, o parto instrumental (fórceps e ventosas), episiotomias e cesarianas; menor ocorrência de lacerações perineais gerais e de 3º e 4º graus; analgesias epidurais, tornando claro que o ambiente hospitalar devem ser reservados para a assistência à parturiente em situação de risco identificado no início ou no decorrer do trabalho de parto/parto (BRASIL, 2016).

No Brasil alguns estudos foram realizados com a finalidade de avaliar a segurança da realização da assistência ao parto no ambiente domiciliar (FRANK; PELLOSO, 2013;

¹⁰ A OMS define como parto de baixo risco aquele que tem início espontâneo entre 37 e 42 semanas completas, sem nenhum fator de risco identificado, mantendo-se esse quadro durante todo processo, que culmina com o nascimento de um recém-nascido em posição cefálica de vértice (OMS, 1996).

KOETTKER et al., 2012), estes concordam entre si que a segurança depende diretamente da organização e planejamento prévio, salientando a importância de uma rede de referência bem definida e funcionante, bem como do envolvimento de profissionais capacitados, preferencialmente em uma linha de cuidado transdisciplinar.

Em 2007 um estudo pioneiro sobre os resultados observados na assistência obstétrica de baixo risco realizado em um CPN intra-hospitalar foi realizado utilizando uma amostra de 2.117 mulheres admitidas nesta unidade de saúde no período de seis meses. Observou-se a taxa de transferência materna de 11,4%, sendo 10,5% no momento intraparto e 0,9% no período pós-parto. As principais razões destas transferências foram presença de um trabalho de parto prolongado e desejo de analgesia, com 25,8% e 25,3%, respectivamente; demais causas foram relacionadas a possibilidades de complicações fetais como: presença de líquido meconial, alterações dos batimentos cardíaco-fetais (CAMPOS; LANA, 2007).

O estudo de Koettker et al. (2012) buscou avaliar a qualidade da assistência do parto domiciliar planejado realizado por enfermeiras obstétricas no município de Santa Catarina e revelou que a taxa de transferências observada na amostra estudada foi de 11%, sendo que destas 9% foram submetidas a parto cesariano e 1% foi devido a complicação do neonato não relacionada ao cuidado prestado e, sim, a uma comorbidade do bebê não diagnosticada no pré-natal.

Para Frank e Pelloso (2013), por maior que seja o aparato tecnológico disponível no momento da assistência ao parto e nascimento não se pode garantir situação totalmente segura, condição que para os referidos autores dependem muito mais do profissional que assiste do que mesmo ao local onde este acontece, razões pela quais salientam a importância de uma avaliação contínua.

Nesta perspectiva, de um parto mais natural, menos traumático e que gere satisfação da mulher e familiares devem ser incentivadas práticas de atenção ao parto em CPN (extra, peri e intra-hospitalar), manejadas por enfermeiras obstétricas ou obstetrites, a qualquer mulher que assim desejar, desde que o fluxo de referência entre estes serviços e a unidade hospitalar esteja clara e efetivamente definido (BRASIL, 2016).

Ao conceber a Teoria do Cuidado Transcultural, Madeleine Lininger propõe uma aproximação do profissional enfermeiro com a perspectiva *emic* de determinada cultura para mais tarde contrastá-la com os conhecimentos *ethic* com vistas a propor um **cuidado de enfermagem congruente com a cultura**. Desta forma, conhecer o saber local a partir das

crenças e práticas adotadas nas experiências de cuidados à saúde enquanto grupo cultural é uma condição essencial para gerar satisfação e bem-estar das pessoas cuidadas.

8.2 Saber local sobre o parto e nascimento

De acordo com o sétimo pressuposto da Teoria do Cuidado Transcultural de M. Leininger (2002), **“toda cultura humana possui conhecimento e práticas genéricas sobre o cuidar, que variam transculturalmente”**. Na perspectiva de desenvolver um estudo capaz de trazer benefícios à prática de enfermagem obstétrica, buscar conhecer os fatores relacionados ao saber local **sobre o universo que permeia a experiência de parto e nascimento de mulheres do Muquém** tornou-se essencial para subsidiar reflexões acerca da prática e assim contribuir para minimizar os conflitos, choques e tensões culturais entre o mundo do profissional e de seus clientes.

Ao serem estimuladas a falar sobre as experiências relacionadas aos seus partos e nascimentos de seus filhos as mulheres do Muquém sempre se referiram a memórias de toda sucessão de eventos gravídico-puerperal, não havendo uma separação em períodos anteparto, parto e pós-parto. Desta forma surgiram relatos que envolviam todo o ciclo reprodutivo da mulher, tornando relevante salientar que, ao contrário do profissional, **para o sistema popular de cuidados à saúde a experiência do parto e nascimento** não corresponde a um processo seccionado em fases, mas sim a uma linha contínua de eventos que vai desde a gestação até o puerpério.

Ao analisar as informações coletadas nesta pesquisa percebeu-se que ao buscar desvelar quais eram os conhecimentos prévios de mulheres quilombolas sobre o parto e nascimento com vistas a apreender elementos advindos da cultura local que estruturam conhecimentos do sistema popular de cuidados à saúde, emergiram das falas das participantes questões relacionadas com a **transmissão de conhecimentos sobre o sistema de saberes advindos, principalmente, da prática da parteiria tradicional e da oralidade entre mulheres mais velhas da comunidade, geralmente de mãe para filha**. As citações apresentadas a seguir mostram claramente estas relações:

[...] Depois do parto, durante um mês, a parteira recomendava não ir pra rua... corpo aberto, num tem essa história de entrar espírito ruim? No corpo da pessoa? Eu acho que era isso! Não podia comer comida carregada, andar levando sol, nem sereno, pegando peso... porque a mulher tá com o corpo aberto, se ela quebrasse o resguardo, não ficava com a mesma saúde, ficava com os sintomas, adoecia da

cabeça. Pra quem entende... era a recomendação que elas (parteiras) faziam... era essa (Etana).

Minha mãe me ensinou a como amamentar direito... E como a cuidar da bebê. Já me ensinava a trocar fralda, dar banho nela... a gente tem uma boneca! Eu já tinha a boneca já! Até agora ela tá me ensinando (Malayka).

Eu fiquei sem a minha mãe logo cedo, era orientada pela minha sogra. Essa minha sogra, ela já tinha experiência, aí orientava as noras, principalmente eu... Quando tava perto, quando chegava o tempo, ela dizia: – oia se você sentir alguma dorzinha, diga! Ela dizia as datas... ela fazia as conta, assim nos dedos como estou mostrando agora, ela dizia: - oia é pra tal dia, pra tal tempo! – Aí quando começava as dores, ela já tinha dito que era pra nascer. Ela orientava era porque ela já tinha experiência, né? (Tisha).

Tudo que minha mãe dizia do parto era quando vinha as dor – faça força pra baixo! [...] Já aqui, quando ganhava o menino, passava quase um mês sangrando, três dias deitada em cima de uma cama, era pra não fazer nada, que a parteira dizia. [...] se alguém vai ter filho eu digo pra ela fazer força pra baixo – Faça força pra baixo. Não faça força pra riba que é pior. Pra baixo é melhor! (Abeba).

A capacidade de pensar e se expressar através da oralidade, arte, gestos e dança é recurso importante, histórica e culturalmente construído pelos seres humanos, universalmente utilizados por eles para a transmissão de saberes, através dos quais as experiências passadas podem ser projetadas para o futuro, imaginando o que poderia ser mesmo que este não venha acontecer (HOEBEL; FROST, 2015).

Para Leininger (2002), **valores, crenças e modos de vida são regidos por um padrão subjetivo ou objetivamente apreendidos** que apoiam, facilitam ou habilitam o indivíduo ou grupo humano a manter sua saúde ou bem-estar, melhorar a sua condição humana e modo de vida.

Nesta perspectiva, percebeu-se que entre as participantes desta pesquisa houve reconhecimento da importância da transmissão cultural sobre os acontecimentos que envolvem o momento do parto e nascimento, embora algumas vezes a expectativa gerada não correspondesse à vivência da experiência real. Tal fato pode ser percebido nas falas que trataram da experiência da dor presente durante o trabalho de parto e parto, propriamente dito:

[...] a gente só sabe mesmo quando passa! eu ... modificou viu, porque eu pensei que não era tanto assim não... [...] o povo diz a pessoa esquece a dor do parto [...] esquece não, viu? Não esquece nadaa! (Tangela).

Não senti tanta dor assim! Que o povo fala que o primeiro filho a mulher sente muita dor, sofre demais [...] O povo falava muita coisa! Dizia que a mulher sofria demais, que tinha umas que nem aguentava, que ia pra ser cesáreo [...] e eu não senti! Não (Malayka).

Entre as entrevistadas, a experiência da primiparidade manteve relação com o maior sofrimento da mulher na vivência do parto e nascimento, este pesar tende a amenizar à medida que estas experiências se repetem, como podem ser percebidas nas falas que seguem:

A experiência do parto, minha fia, eu acho que na hora foi bom, todos foram bom... Só que do primeiro! Dos primeiros meu pai! pra nascer?! Do primeiro é ruinzinho! Ixi Maria! A dor do primeiro foi mais... ah, meu Deus do céu! Eu... ficava aperreada, mas, depois me acostumei, graças ao meu Deus! (Ayomide).

Do primeiro eu quase morri, o menino era forte e eu quase morri. Só via a parteira chamando pelos Santos, pedindo que me desse forças para existir, cheguei a desmaiar, estava passando da hora dele nascer, mas Deus me ajudou e o parto aconteceu (Etana).

Do primeiro eu sofri muito, eu não tinha experiência, porque minha mãe não falava, não chegava assim e falar: oia acontece assim, assim... ela não falava nada! Aí eu não tinha experiência, ninguém orientava de nada, eu sofri muito quando eu fui ganhar o meu primeiro filho! Não sabia o que fazer! que não tinha experiência, eu não sabia o que fazer quando vinha as dor. D'eu ter sofrido, foi porque eu fiquei nervosa, não sabia o que fazer, né!? Não sabia... não saber o que fazer naquele momento... que experiência eu não tinha! (Adenike).

Tinha medo, né?! Ninguém nunca falava... nem a mãe... ia sem saber... aí vinha o medo! Porque a pessoa quando vai ter... aquela bolona de menino, Ave Maria, meu Deus do céu! [...] – *meu Deus, o que é que vai acontecer com eu quando tiver esse menino?! –* Aí eu ficava pensando isso, né? coisa assim! Porque a gente já tava ali naquela dor tão grande... a pessoa tem medo! Fosse grande... Graças a Deus não acontecia nada! (Acai).

Frequentemente mulheres se referem à experiência do parto como um momento de extrema tensão, geradora de medo e ansiedade relacionados com a incerteza de poder transpor este momento com segurança, mantendo seu bem-estar, sua vida e a de seu filho. Tomadas pelo medo algumas desencadeiam um estado de ansiedade que as imobiliza, passando a incorporar a sensação de perigo iminente quando se reporta ao momento do parto.

A ansiedade é um estado emocional que se manifesta através de múltiplos sintomas, podendo variar desde uma sensação desagradável de apreensão até o desencadeamento de sinais e sintomas sistêmicos, tais como: cefaleias, alterações no padrão respiratório, palpitações, aumento na pressão torácica, epigastralgias, inquietações. Trata-se de um estado de alerta associado a vivências de situações novas, desconhecidas, desafiadoras, que têm a função de capacitar os indivíduos a adotarem formas de lidar com estas novidades, porém, quando intensas, pode levar à paralisia ou incapacidade (VAN DER SAND et al., 2011).

A resposta humana fisiológica a situações estressantes envolve o mecanismo neuroendócrino do sistema hipotálamo-hipófise-adrenocortical. Estes são responsáveis pela

respostas estressoras, dinâmica e temporal. São respostas que variam de acordo com o grau de tensão e que são criticamente dependente da história de vida do sujeito (HERMAM, 2016).

Estudos internacionais que procuraram avaliar o medo do parto e sua variação de intensidade através de medidas psicométricas mostrou que ele foi relatado por 2,5% a 78% das mulheres grávidas, dependendo do instrumento utilizado. Além disso, demonstrou que estes medos podiam ser classificados em: **medo intenso** de parto, que afeta 2,5% das nulíparas e 4,5 % de multíparas caracterizado por ocorrências de pesadelos, queixas físicas e dificuldades de concentração; **medos comuns**, incluem preocupações sobre a saúde e segurança do bebê, e **medo intolerável**, está relacionado com a dor, o trabalho de parto prolongado, incapacidade de lidar com o trabalho de parto e com as práticas obstétricas adotadas pelos profissionais de saúde (STOLL et al., 2016) .

Neste ponto da discussão cabe ressaltar que existem outras perspectivas para se conceber o parto e nascimento que vão além de um evento promotor de dor e desconforto que devem ser trazidos para aprofundamento desta análise.

A primeira desta diz respeito à própria fisiologia do parto e nascimento que, contrariamente aos mecanismos desencadeadores de percepções dolorosas, também proporcionam sensações de prazer através do equilíbrio hormonal entre os mediadores adrenérgicos, como a ocitocina, um peptídeo endógeno amplamente associado com o efeito agradável presentes nas relações de intimidade entre casais e que também são disponibilizados em abundância no desencadear do trabalho de parto (KREUDER et al., 2016; ODENT, 2002).

Este entendimento ampliado da fisiologia do parto para além da dor e ansiedade encontra em Odent (2002) seu propositos, passando a denominá-la como fisiologia do amor, associando o desencadeamento natural do trabalho de parto e do parto/nascimento a ação de ocitocina endógena, produzida pela hipófise humana. Ele defende que não havendo perturbações do ambiente externo e reduzindo-se o excesso de intervenções sobre a fisiologia do parto, os níveis de ocitocina endógena liberada seriam suficiente para uma experiência de parto mais prazerosa e menos traumática (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO, 2011; ODENT, 2002).

Nas falas de algumas mulheres entrevistadas surgiram discursos que corroboram com as ideias de Odent e estes estiveram associados, principalmente, à experiência do parto e nascimento no ambiente doméstico, onde pouca ou nenhuma intervenção era aplicada sobre o

processo da parturição que ocorria o mais naturalmente possível, mostrando-se **congruente com os saberes local**, como se pode apreender das falas:

[...] no meu parto, eu achei muito bom! Eu achava bom ter o neném! Era! Gostei minha fia! Num acho ruim não! Nem no hospital, nem em casa, pra mim foi tudo bom! Num vou dizer que eu achei ruim não! eu achei bom ganhar menino! As primeiras foi em casa mermo. Nem ficava esmurecida, nem nada... Quando vinha uma dorzinha nós já ficava... dava aquela dorzinha, daí eu dizia: vou me deitar! Também num instante o menino vinha, às vezes não dava nem fuga de deitar. Ganhava em casa e era ligeiro. [...] Minha fia era mior ter em casa. Em casa a coisa era mior. Mas eu achei bom tê menino em casa! Foi tudo num instante, quer dizer que eu não chegava amanhecer o dia. Quando dizia assim: “eita, vai atrás da parteira”, quando eu deitava o menino já tava lá, o menino já tinha nascido, tava na beira da cama. Num dava tempo correr! Era todos assim. Fácil mermo (Aduoa).

A cumade não fazia nada de toque pra examinar, mas ela só dizia assim: “*oi cumade agora não vai nascer não!*”. Não sei como sabia, não. [...] Eu era ligeira pra ter meus filhos, tinha vez que não dava nem fuga dela chegar em casa que o bebê já estava nascido... Quando dizia pra chamar a parteira, quase toda vez que ia atrás dela, quando ela chegava o menino já estava nascendo. Era uma coisa, visse! (Ayomide).

[...] Quando a gente ia ela dizia: ói tá hora você... tá hora! você vai ganhar!... Acertava. Esperava, não ficava examinando (exame de toque vaginal), ali ela conhecia... Mas assim... o parto normal... o parto normal é assim, eu acho que é gostoso (Tisha).

O cenário do parto pode representar um ambiente estressante de várias maneiras, entre as quais se destacam o excesso de ruídos, isolamento social, condições de vida desfavoráveis, ansiedades geradas em qualquer outro momento da história de vida e da própria gravidez (STOLL et al., 2016).

Quando submetidas a eventos estressores no momento do trabalho de parto e parto, propriamente dito, as mulheres do Muquém corroboram com as ideias de Odent (2002) relatando dificuldades em lidar com estas situações, conforme são apresentadas nas falas que se seguem:

[...] me colocaram e eu fiquei sozinha no quarto, lá só... Vieram chegar quando a Mardea tava perto de nascer. Eu só lembro que o médico chegou e disse: – eu vou esperar até quatro horas da manhã se ela não... – fazia a cirurgia. Eu me perguntava por que não vai ser normal? Mas, eu sabia que tinha feito a cirurgia... tive medo. A gente sente sempre medo num momento desse, né? assim... dá um pouco de medo. Mas, graças a Deus ela veio e nasceu normal. Antes das quatro Mardea nasceu, não precisou da cesariana (Tisha).

Foi somente ela que nasceu no hospital! lá em São Paulo!... dos primeiros... foi difícil! Porque lá eu não tava com a minha família, se tivesse acho que o dengo era mais, do primeiro, nera não?!... Senti mesmo! Porque tava longe da família... Eu tinha medo, meu Deus do céu! Eu tinha tanto medo! Quando eu fui pra o hospital da primeira vez... eu tinha medo, meu Deus do céu! Era minha fia, eu tinha medo... [...]

O primeiro não foi muito bonzinho, não! Porque você vai lá pra o hospital, vai lá pra cama, aí, aquelas enfermeiras e aqueles doutor não dar... não tá com a gente direto... não tá toda hora assim, não! Só vai na hora do parto mesmo! Que nasce: – “chega nasceu” – aí eles corre! [...] Ave Maria! Ou minha fia, eu estou lembrando que na hora do parto, foi numa cama, foi, e que eles diziam assim: – “*ói, bote suas pernas aqui e a outra aqui, e faça força!*”... Eu peguei ponto da menina! Não sei se porque cortaram ou se não, só sei que tinha uns pontos! (Ayomide).

Do primeiro, eu tive medo, aí eu perdi força. Eu pensei que ia morrer naquele momento, que eu fui ter o meu bebê! Deu medo de morrer, cheguei até desmaiar, foi naquele momento que eu só pensava em morrer! [...] Diz o pessoal que é porque é do primeiro filho, que eles deixam massacrar um pouquinho, mas, não deveria ser assim! Cheguei até desmaiar. Na época um primo que trabalhava lá no hospital, passou, eu tava caída, aí foi na hora que a enfermeira veio... Não era pra ter deixado eu passar por aquele sofrimento todo! (Adenike).

A experiência de algumas mulheres do Muquém envolveu momentos de medo e estresse desencadeados pelo sentimento abandono e desassistência no momento da parturição, devido à solidão gerada pela privação da presença de familiares, desinformação quanto aos acontecimentos da fisiologia e subjugação de seu corpo a qualidade de objeto à medida que lhes foram impostas o uso de tecnologias médicas sem o consentimento esclarecido destas mulheres na prática médica nos serviços de saúde.

As práticas de saúde nos serviços de maternidades com frequência são discutidas e questionadas frente ao seu potencial risco de abuso de autoridade profissional em nome da sobreposição de poder técnico-científico e de gênero sobre o corpo da parturiente. São ações coercitivas definidas como violência institucional e/ou obstétrica, onde injúrias físicas e verbais são dirigidas à mulher durante o internamento para assistência ao parto e nascimento (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER,. 2013).

A violência obstétrica é uma infração ética e moral praticada por profissionais diretamente envolvidos na assistência prestada à parturiente podendo corresponder a: falas grosseiras, desrespeitosas, discriminatórias, agressões físicas e sexuais explícitas, banalização do sofrimento e negação do direito de acesso à saúde reprodutiva digna garantindo-lhes o acesso às boas práticas de atenção ao parto e nascimento (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Além disso, considera-se violência obstétrica qualquer intervenção não consentida e/ou desrespeitosa que direcionada à mulher no ciclo gravídico-puerperal (ou ao seu filho), venha a prejudicar sua integridade física ou mental, ferir seus sentimentos, negar suas preferências (BRASIL, 2017).

Nos relatos sobre suas experiências de parto, as participantes do estudo enfatizam atitudes de violência obstétrica adotadas durante a assistência a seus partos:

No hospital, do primeiro filho eu fui muito massacrada! Aplicou a lavagem pra aumentar a dor, a que fica naquela sala de pré-parto foi aplicar acho que, injeção ou foi soro... pra aumentar as dor pra o menino nascer. Já de última, é que eles vinham pra levar pra sala: *“Ah, mas não vai nascer agora não!”*. O que as enfermeiras não gosta no hospital é de alarde, que grita, grita! Quanto mais grita não dão mais nem valor! Agora chegue uma quetinha lá, que é *“ta doendo? tá não!”*. Tinha umas que dizia assim: *“ah, isso é porque é muito mimada!”*. Aí ela: *“ah, mais pra arrumar foi bonzinho não foi!”*. – chega fico rindo – *“agora pra botar pra fora fica com esse alarme todo! Então... é o primeiro, mais vai nascer, tenha calma que vai nascer”*. Aí, eu lá só... nos hospitais é... a pessoa fica só, ficava só! Depois que vê que tá nascendo mesmo é que leva pra sala de parto. Aí em vez de eu relaxar eu prendia as pernas, desse jeito que tou mostrando, pronto aí foi quando eu me prejudiquei mais! (Adenike).

Aguiar, D’Oliveira e Schraiber (2013) em suas considerações sobre a violência obstétrica e institucional desenvolvidas em maternidades públicas, traçam considerações que embora os profissionais as reconheçam como frequentemente utilizadas pelos mesmos no cotidiano, algumas atitudes rudes adotadas por eles durante a assistência à parturiente, são equivocadamente compreendidas pelos mesmos como uma forma de, usando sua autoridade na relação médico-paciente, tornar esta mulher mais colaborativa com o processo de parturição.

Nesta linha de raciocínio se vê que sob o argumento de motivar uma “boa prática” como a de incentivar o parto normal, alguns profissionais se utilizam da violência obstétrica em seu cotidiano, ainda que de forma sutil não sejam percebidas pelo próprio profissional e pelos usuários do serviço. As falas de mulheres do Muquém coadunam com esta ideia à medida que relataram experiências de violências obstétricas como se fossem eventos não intencionais, naturalmente desencadeados no ambiente hospitalar e necessários para o melhor desfecho da situação:

Logo quando fiquei, a médica já me disse: – vai ficar, agora não tem material pra fazer cesárea, vai ter que ser normal – Porque, ela disse que não tinha material pra fazer cirurgia naquela hora, aí foi onde eu passei a noite todinha até de madrugada... que nessa noite eu não deixei ninguém dormir, eu disse – já que eu não durmo, ninguém dorme! – Tive sorte de pegar uma médica boa, que estava no plantão naquela noite, me estimulou muito... todo tempo que eu chamava ela tava perto... tava perto as parteiras, as enfermeiras que ficava junto com ela da equipe... Nessa parte tive sorte, acho que não me faltou nada! Porque, depois a outra que chegou para tirar o plantão dela... dava pra se ver que não era tão legal. Na hora pensei: *“ainda bem que já passei. (Tangela).*

Eu me alimentei sete horas da noite! Depois não comi nada! Nem água! nada! foi... até a hora q nasceu, não senti fome ou sede. Eu andei ainda um pouco... não teve nada disso de bola, cavalinho, não! Nada! [...] Foi com uma médica bem novinha, agora o nome dela eu não me lembro não! A posição foi normal! Que nem quando as mulher vai... eu não sei não, fico rindo porque tou envergonhada... deitada! assim inclinada! isso! as pernas... pra cima! Tinha um ferro pra botar as pernas. Na hora, isso nem me incomodou, você nem pensa nisso, não! (Malayka).

A história da atenção ao parto e sua transformação que acompanhou o desenvolvimento da medicina no mundo ocidental, testemunha a sobreposição de forças de um poder social maior que atuando sobre o universo feminino, influenciou também na forma como as mulheres modernas deveriam conceber a parturição, aceitando sua condição submissa ao saber científico determinada pela sua anatomia imperfeita e incapacidade de lidar com o malfadado e inevitável destino da reprodução, convertendo o parto e o nascimento em um ato médico.

A hegemonia na adoção do modelo, medicalizado, tecnocrático no Brasil, representada pelas altas taxas de cesarianas, tem repercutido desfavoravelmente na adoção de práticas humanizadas, seguras e benéficas na assistência ao parto e nascimento, voltadas para a mulher e nascituro, tem tornado o cenário obstétrico brasileiro cada vez mais preocupante (LEAL, 2016; SENA et al., 2012). Diante destes resultados torna-se essencial refletir e redirecionar as práticas obstétricas, motivando o empoderamento da mulher na experiência de seu parto e nascimento de seu filho.

De acordo com pensamento de Pereira, Franco e Baldin (2011), a desinformação da mulher com vistas ao enfrentamento do medo, da dor e do sofrimento; a hegemonia médica no ditar de práticas obstétricas e a visão distorcida do parto como uma potencial complicação obstétrica, ao invés de um evento fisiológico de significado cultural, ajuda a perpetuar a cultura do medo, que contribui para os altos índices de cesarianas formando as principais bases de sustentação da violência obstétrica na atualidade (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Não obstante as influências biológicas na construção do significado do parto para as mulheres e familiares de forma mais geral, que predominam na literatura acadêmica, vale reforçar a ideia de que as impressões que marcam a história do parto e nascimento na vida das pessoas **são também oriundas do saber local e da cultura reproduzida através das gerações**, por esta se faz necessário estimular a comunicação intergeracional.

O tabu em tratar de eventos íntimos relacionados à experiência do parto o sistema genérico, já não mais aparece entre as falas de mulheres mais jovens, que reconhecem a importância da inserção do sistema profissional em atividades de educação em saúde e consultas de pré-natal para desmistificar as experiências do parto e nascimento como a de um sofrimento extremo, incapaz de ser suportado e que impõe risco iminente à vida da parturiente e de seu bebê.

A médica falou que era pra mim sempre ficar calma; que não era nada disso também, que o povo falava; que tinha dor sim, que toda mulher sente dor, mas, não era como o povo falava de jeito nenhum... Como vocês, também, explicaram tudo direitinho, na roda de conversa. Todo mundo falando ali as coisas, o que fazia e o que não fazia... pra mim ali foi excelente! me serviu e muito! (**Malayka**).

O nascimento de um filho é um momento crítico, irreversível que impõe mudanças definitivas na vida da família, principalmente a do casal cujo estado social é modificado passando a desempenhar um novo papel determinado pela maternidade e paternidade (HOEBEL; FROST, 2015). Somado a isso, outros aspectos externos, como a mudança no cenário da assistência ao parto e nascimento, o desconhecimento da fisiologia do parto, exclusão do acompanhante em alguns momentos podem acentuar as tensões naturalmente presentes no momento do parto (VAN DER SAND et al., 2011).

A presença de um acompanhante de livre escolha da mulher durante seu internamento para vivência do parto e nascimento é um direito previsto na Lei nº.11.108 desde abril de 2005. Uma boa prática obstétrica recomendada pela OMS e MS com vistas à implementação de mudanças no modelo de atenção em direção à humanização da assistência ao parto e nascimento e que deve ser incentivada nos serviços de saúde (DODOU et al., 2014).

Estudos que abordam a presença do acompanhante de livre escolha da parturiente no evento do parto e nascimento demonstraram que o apoio emocional proporcionado a essas mulheres contribuíram para um melhor significado desta vivência relacionado a seu conforto, encorajamento, redução da solidão, ansiedade. Além disso, evidências científicas têm demonstrado que a presença do acompanhante está relacionada a melhores resultados obstétricos e neonatais, entre os quais estão alívio da dor e tensão materna, diminuição do tempo de trabalho de parto, redução de intervenções médicas (ocitocina anteparto, analgesia e cesarianas intraparto); índice de apagar maior que 7 (sete) no quinto minuto de vida do recém nascido (DODOU et al., 2014).

Como já dito, para **a cultura local a experiência do parto e nascimento engloba todo um ciclo de gestação, parto e puerpério**, diferentemente do saber profissional que sob a influência do modelo biomédico hegemônico na assistência obstétrica institucionalizada tomou para si princípios aplicados no desenvolvimento de etapas, processos lógicos e racionalizados importados da influência da revolução industrial.

As mulheres da comunidade têm clareza sobre a existência de diferentes percepções a respeito do **cuidado cultural e profissional** que envolve o ciclo gravídico-puerperal. Ambos os sistemas são valorizados a partir de distintos pontos de vistas, conseguindo identificar

alguns benefícios relacionados à assistência hospitalar e outros ao parto e nascimento domiciliar tradicional, conforme citados a seguir:

Lá no hospital quem pegou foi a parteira também... Mas foi normal. Gostei, vinha limpinho. A mulher vinha enxuta e tudo, vinha limpinha. Já limpa a pessoa todinha. Quando chegava em casa, com dois dias, três dias, eu fazia as minhas coisinhas. Botava café no fogo, lavava os prato e aqui não... Ficava boinha! Porque no outro dia, eu não sentia mais nada no meu corpo. Só vinha, só normal, passava quase quinze dias, nove, dez dias. Já aqui, quando ganhava o menino, passava quase um mês sangrando, três dias deitada em cima de uma cama, era pra não fazer nada, que a parteira dizia (Abeba).

Gostei, minha fia! Num acho ruim não! Nem no hospital, nem em casa, pra mim foi tudo bom! Num vou dizer que eu achei ruim não! eu achei bom ganhar menino! [...] Ganhava em casa e era ligeiro. Se não desse jeito de ter em casa, ia pro hospital. Minha fia era mior ter em casa. Em casa a coisa era mior. Mas eu achei bom tê menino em casa! Foi tudo num instante, quer dizer que eu não chegava amanhecer o dia (Ayomide).

Os achados desta pesquisa são **coerentes com as percepções de Leininger (2002), onde a teórica aponta para a existência de diferentes valores culturais sobre o sistema de cuidados destacando que em culturas que enfatizam o comportamento e o processo de cuidar a presença feminina é maior nos papéis de cuidar**, em contraposição em culturas que valorizam mais comportamentos e processos de cura e tratamento estão mais presentes o sistema profissional da medicina com maior envolvimento do sexo masculino.

Além disso, a Teoria de Leininger também revela que clientes que necessitam de prestação de cuidados tendem primeiramente buscá-los no **sistema genérico de cuidados** encontrando geralmente entre membros da família ou outras pessoas da comunidade, vindo a procurar **o sistema profissional** somente quando não obtém bons resultados com as medidas locais, agravando o seu estado de saúde ou receando a morte (LEININGER, 2002). O que se confirmou nas falas das participantes desta pesquisa:

Quem tava em casa era eu, meu esposo, ainda tava... [...] minha mãe e a comadre que ele ia atrás. Daí ela vinha, cortava o imbigo, limpava tudo, ajeitava e deixava eu lá (Aduoa).

Teve uma vez só que a placenta não veio. Ela esperou, esperou, esperou... mandou eu ir pra União, aí chegou lá os médico tirou a placenta e aí, vida normal (Tisha).

Uma das vezes que eu tive em casa, nasceu um que já tava morto na barriga, aí depois eu fui pra rua, pro hospital, fizeram coletagem em mim, que não tinha saído todo... (Abeba).

Eu tive os meus filhos em casa, eu não saía pra fora de jeito nenhum... era na minha casa! Não fui pra hospital não! Não precisou (Acai).

Entre as mulheres do Muquém se viu que à medida que elas se aproximam da vida em comunidade, o valor cultural do cuidar que envolve a mulher que vivenciou a experiência do parto e nascimento emergem desta forma os saberes e práticas do sistema **emic se sobrepõem as recomendações oriundas do sistema de cuidados profissional (ethic)**, como se pode inferir das falas abaixo:

A gente ou não tomava nada ou se não, pimenta do reino, nós tomava. Ela pisava o cuminho da pimenta do reino no pilão e dava bem quente! Botava um pouco de farinha e dava pra nós tomar. Aquilo esquenta por dentro! É bom! Se a pessoa tiver pra ganhar menino, vai esquentando tudo, daí o menino vem com tudo! [...] Agora assim, se não der jeito na hora, levava pro hospital... (Aduoa).

Com a alimentação também teve que ter cuidado. Pra enfermeira, ela disse que eu podia comer tudo... que ela liberou pra comer inhame, batata-doce, macaxeira... é, segundo as enfermeiras e médica podia, mas, eu já vim comer inhame depois de 15 dias. Sabe qual é essas crenças, principalmente de sítio, né?! Sabe como é as crenças da comunidade... e tinha que seguir. Aí mãe não deixou eu comer a batata-doce, mas o inhame eu comi! Mas, a batata-doce eu não comi até hoje (Tangela).

Dizia pra deixar pra comer de tudo, aquelas mulher das cidades, que o médico já tá perto, aqui, minha filha, é longe! Não deixava a gente comer alface, essas coisas assim... Não comia batata... Só comia feijão depois de 15 dias (Ayomide).

Observando-se o sistema de cuidados genéricos que envolvem os relatos sobre as experiências de parto e nascimento das mulheres que participaram da pesquisa, viu-se que este envolve principalmente aspectos relacionados com a alimentação, higiene, repouso, conforme descrito a seguir:

Quando ganhava o neném em casa, a comida era diferente, era carne de gado, pirão mexido, frango de casa, capado. Matava, nós comia três dia, quatro dia. Minha comadre, ou minha mãe fazia a panela de pirão mexido, eu comia todinho! Já quando ganhava no hospital comia tudo misturado (Aduoa).

A assistente fazia simpatia: pegava cebola branca esquentava no fogo, mastigava pra fazer massagem na barriga da pessoa. Também com a folha de algodão grande, esquentava e dava massagem para avexar as dores. Tinha ainda a simpatia do remate dos temperos – às vezes tava uma dorzinha maneira (pouco intensa), uma hoje e outra amanhã, fazia um caldo temperado e colocava numa farinha fina, dava para a mulher comer, quando batia dentro, mexia com tudo... a dor aumentava e quando tinha de acontecer... resolvia. Elas também tinham uma mania de fumar, pegava aquele cuspe (saliva), misturava com fumo que ficava no cachimbo e esfregava na barriga da mulher, fazendo massagens que era para quando tava com dor, ajudava (Etana).

A prática da parteiria tradicional tem sido incentivada pelo MS por meio da estratégia da Rede Cegonha. Apresenta a vantagem de obter um reconhecimento do estado por certificação profissional, maior possibilidade de acesso a tecnologias que lhes confere um

status social, ainda assim precisam lutar contra as pressões impostas pelo modelo biomédico modernista e colonialista que define a biomedicina como superior à medicina tradicional, os médicos como superior às parteiras profissionais que por sua vez são superiores às parteiras tradicionais (DAVIS-FLOYD, 2008).

8.3 Valores culturais acerca do parto e nascimento

Reportando-se ao primeiro postulado da Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger de que **as diferenças nos valores e padrões de cuidar cultural levam a grandes diferenças nas expectativas de práticas de cuidados de enfermagem** se observou que, a possibilidade de promover o cuidado de enfermagem a parturiente na experiência do parto e nascimento que seja congruente com a cultura depende da habilidade do profissional em desenvolver uma visão holística, o mais ampla possível do fenômeno do cuidado.

No Modelo Sunrise, Leininger apresenta sua teoria em forma de diagrama, demonstrando como os fatores estruturais e organizacionais de dada cultura (sub-cultura, sociedade) se interrelacionam e de forma dinâmica influencia nos padrões culturais adotados pelos grupos humanos, entre os quais estão: valores religiosos; de parentescos (sociais); políticos e legais; econômicos; educativos; tecnológicos e culturais; etno-histórico (LEININGER, 2002).

Procurando manter coerência interna com os pressupostos de Leininger no desenvolvimento desta análise, buscou-se observar durante as entrevistas e nos momentos de aproximação entre pesquisadora e a comunidade, **valores e crenças relacionados ao parto e nascimento próprios da cultura local**, encontrando nas entrevistas e diário de campo, registros de falas e atitudes que remetem principalmente a influência de aspectos religiosos, demonstrando que para as mulheres do Muquém a fé em Deus e em outras entidades de suas crenças religiosas se faz necessário para transpor a experiência do parto e nascimento, como pode ser apreendidos dos trechos de falas que se seguem:

Eu só dizia assim: eita, meu Deus, eu queria ganhar menino amanhã! (Aduoa).

[...] ah, meu Deus do céu! Eu... ficava aperreada, mas, depois me acostumei, graças ao meu Deus! (Ayomide).

[...] olhe, minha filha, vá com Deus, tenha coragem que vai nascer logo! Na hora de o bebê nascer não se desespere, não fique nervosa e nada... [...] Deus acompanhe e tenha fé! Sempre eu falo isso pra elas! (Adenike).

Minha preocupação era que viesse em boa hora, bom tempo, em paz. Era isso que a gente esperava, Deus ajudasse, naquela hora não ter embarço, né?! [...] Só via a parteira chamando pelos Santos, pedindo que me desse forças para existir, cheguei a desmaiar, estava passando da hora dele nascer, mas Deus me ajudou e o parto aconteceu (Etana).

[...] já tá ali pedindo, graças a Deus, pra que saia daquela situação, pedindo ajuda! (Tangela).

[...] Ave Maria, meu Deus do céu! [...] *“meu Deus o que é que vai acontecer com eu quando tiver esse menino?!”* [...] Graças a Deus, não acontecia nada. (Acai).

Neste momento, a gente se pega muito com Nossa Senhora do Bom Parto. Acho que é amoleto de cada uma mulher. Não sei pras outras, mas pra mim era! Pedia muito a ela pra ter uma hora boa, que você ganhar e ficar bem, não ter complicações. Era com o que eu me pegava (Tisha).

A história do parto e nascimento que acompanha a humanidade através dos séculos encontrou na potencialidade cultural humana oportunidade de transpor o tempo carregando consigo, entre outras coisas, também as influências de seus modelos de atenção mágico-religiosas (MAIA, 2013, 2011; DINIZ, 2005; VALENTIM; TRINDADE, 2011), que orientada pelas culturas adquiridas nos diversos aspectos dos ambientes humanos a magia, o sobrenatural, a religião e demais crenças são valorizadas pelas pessoas ainda que de forma subjetiva ajudando-as a transpor com sensação de segurança o ciclo de gestar e parir (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Acreditar na existência de um ser Divino, Absoluto, segundo Gomes (2013) é uma crença universal, presente entre todos os povos, mesmo que de forma distintas. Para o referido autor, estas entidades divinas, ainda que não tenham necessariamente semelhanças físicas entre si, têm em comum a representatividade de algo “transhumano” impossível de se limitar na vida cotidiana, razão pela qual a antropologia procura contemplá-la através da confrontação entre as antíteses dos significados culturais sobre o sagrado e o profano.

A teoria transcultural de Madeleine Leininger compreende a religião como um importante aspecto filosófico e social que influencia diretamente nos valores, crenças, normas e modos de vida partilhados e reproduzidos pelas culturas (LEININGER, 1991). Neste entendimento, coadunando com o pressuposto desta teoria, de que o contexto religioso tende a estar incorporado na visão de mundo e assim influenciando na prática do cuidado cultural foram identificadas trechos nas falas das participantes deste estudo, que corroboram com estas ideias que deram origem às seguintes subunidades de significância: **Valores, crenças e cuidados na prática da parteira tradicional e sua interface com o sistema profissional**

na assistência obstétrica; a intimidade e feminilidade na experiência do parto e nascimento.

8.3.1 Valores, crenças e cuidados na prática da parteira tradicional e sua interface com o sistema profissional na assistência obstétrica

Mulheres quilombolas do Muquém que participaram deste estudo tiveram as experiências de seus partos vivenciadas em dois ambientes distintos, sob diferentes modelos de atenção que modificavam o contexto da prática do cuidado lhes permitindo significá-las de formas distintas. O primeiro deste contexto diz respeito à prática da parteira tradicional que se passava no ambiente doméstico e na presença de uma rede de apoio familiar, enquanto que o segundo, diz respeito à assistência recebida no ambiente institucionalizado da maternidade.

Reportando-se à Teoria de Leininger para análise da importância do local na construção de significados sobre a experiência vivida se faz necessário abordar dois de seus conceitos, o do **contexto ambiental** e o da **diversidade cultural**, sobre os quais Leininger informa:

O contexto ambiental refere-se à totalidade de um evento, situação ou experiência específica que confere significados às expressões humanas, interpretações e interações sociais, particularmente contextos físicos, ecológicos, sociopolíticos e/ou culturais [...] **diversidade do cuidar cultural** diz respeito às variabilidades e/ou diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos do cuidado dentro de ou entre as coletividades que estão relacionadas (LEININGER, 2002, p. 572).

Desta forma, buscando compreender as experiências do parto e nascimento das mulheres do Muquém, procurou-se apreender de suas falas quais foram, onde, por quem e como se deram os cuidados que lhes foram prestados no momento da parturição e de seus desdobramentos, o puerpério. Deste movimento surgiram aspectos relacionados à prática da parteira tradicional com ênfase no saber e fazer empírico e espiritualizado e outros relacionados ao cuidado impessoal e tecnológico prestado nas rotinas do ambiente hospitalar.

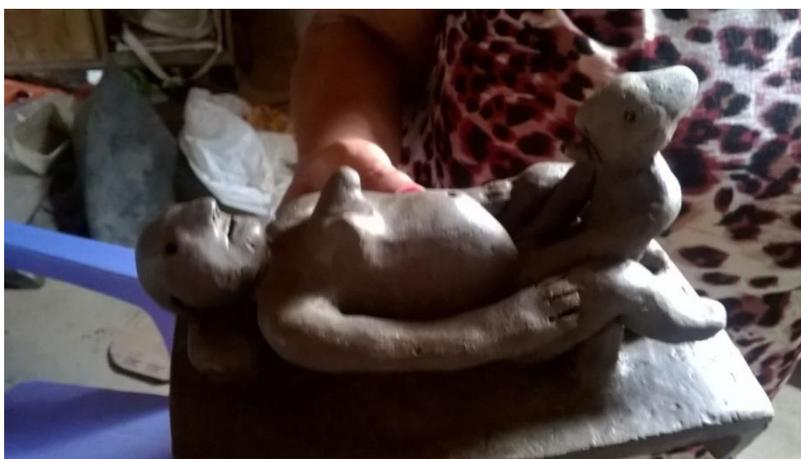
O sentimento de espiritualidade na prática da parteira remete às diversas formas que as comadres encontravam de contemplar o divino presente no momento do parto e nascimento que, de acordo com Maia (2013), em sua forma genuína, diz respeito a uma dimensão natural da psique humana e não a ideologias e dogmas religiosos. Nesta perspectiva, pode se manifestar através de atos, sentimentos e expressões de pensamentos das pessoas que

experimenta esta aproximação com o divino na experiência de cuidado à parturiente e recém-nascido.

Estes registros foram também apreendidos nos apontamentos do diário de campo, alguns destes reforçados por fontes secundárias como escultura em cerâmica confeccionada por uma artesã da comunidade e das atividades de educação em saúde, conforme são apresentados a seguir:

[...] mostrou a peça em barro moldado, que mostrava a cena de um parto normal, com a mulher assistida por parteira na comunidade, retratando suas memórias mais remotas na forma de arte (**Diário de Campo** – artesã da comunidade).

Figura 12 - Escultura em cerâmica de representação da cena do parto



Fonte: AUTORA, 2017

A foto contida na figura 12 foi confeccionada pela artesã local quando, a pedido da pesquisadora, buscou representar a cena do parto e nascimento assistido pela parteira de acordo com as suas experiências. As parteiras tradicionais existiram no Muquém até pouco tempo e gozavam do reconhecimento da comunidade como uma pessoa experiente no seu fazer, dotada de um saber próprio, mágico-espiritual, como pode ser apreendido nas falas e citações de diário de campo que seguem:

Quando via que estava apertando as dores, mandava o velho chamar à *assistente*. Ela passava uma noite, duas, e só depois quando estava desocupada, ela ia pra casa. Tinha prazer quando passava a noite (Etana).

É cumade Adeoaga. Faleceu. Era parteira boa! (Aduoa).

[...] quando a dor vinha, eu mandava chamar a cumade, a parteira. Era meu marido que ia buscar ela! Ela morava pertinho, morava para aquele lado de lá! E tinha outra pertinho de casa! Era três parteiras na comunidade, agora não tem mais não! (Ayomide).

Era uma senhora de idade, mas era uma ótima parteira. Ela vinha e observava... que ela conhecia. Eu ganhei meus sete filhos tudo com ela. (Tisha).

A assistência à mulher e recém-nascido na história da humanidade por um longo período de tempo e em diversas civilizações (egípcios, persas, hindus, gregos e romanos) foi um evento predominantemente feminino, com a presença marcante da figura da parteira, que sob a influência da cultura destas civilizações vigente na época, associava aos cuidados de saúde da parturiente a realizações de cultos aos mais variados deuses, evocando seus auxílios para transposição do parto e dos aspectos relacionados com situações pré e pós-concepcionais (MAIA, 2013).

A imagem contida na figura 13 foi fotografada pela pesquisadora quando a filha de uma parteira da comunidade gentilmente apresentou **dois terços que sua mãe utilizava como “amuleto” durante a assistência ao parto e nascimento de mulheres da comunidade.**

Figura 13 - Terços utilizados pela parteira durante a assistência às parturientes da comunidade



Fonte: AUTORA, 2017

As falas que se seguem tornam explícitas que as parteiras tradicionais do Muquém também se utilizavam de amuletos, preces e outros elementos da espiritualidade na prática de assistência à mulher no momento do parto e nascimento:

No momento das dores, a parteira fazia simpatias e essas coisas. Ela colocava o chapéu do esposo na cabeça da gente, do marido ou do sogro; fazia as reza dela né, que só ela mesmo sabia... Era, as orações que ela fazia só quem sabia era ela (Tisha).

[...] Só via a parteira chamando pelos Santos, pedindo que me desse forças para existir, cheguei a desmaiar, estava passando da hora dele nascer, mas Deus me ajudou e o parto aconteceu (Etana).

Ela chegava, aí antes de nascer, pegava um cordãozinho – como um Rosarinho que as parteiras tinham – e rezava uma oração. Elas tinham uma oraçãozinha, um cordãozinho que botava assim no pescoço da gente, um vinha pra aqui, pra frente e o outro vinha assim prás costas – onde tou mostrando, agora. Ela dizia que era pra dar mais força, pra dar coragem... depois ela tirava, quando nascia o bebê! (Ayomide).

Além das informações apreendidas das falas das participantes desta pesquisa, registros do diário de campo da pesquisadora, que diz respeito a informações secundárias obtidas através da filha da **parteira reafirmam a força da espiritualidade na prática da parteira.**

O trecho a seguir é a transcrição de uma oração ditada pela filha da parteira:

[...] informou ter em sua mente uma oração que sua mãe fazia durante a assistência ao parto. Disse ainda, que outras haviam se perdido na enchente do rio. [...] “*Reza Padre Nosso completo: Minha Santa Margarida, nem estou prenha, nem parida, tira essa carne podre de dentro da minha barriga*”. (**Diário de Campo** – filha da parteira).

As falas apresentadas dão testemunhos que nas práticas de parteiras tradicionais da comunidade do Muquém eram utilizados rituais, cujo na linguagem antropológica, a razão de sua existência é ajudar as pessoas a transpor momentos de crises, geradores de medo e de ansiedade, reafirmando um novo *status* ou função social (HOEBEL; FROST, 2015).

A parturição envolve dois momentos de crises do ciclo de vida: o nascer e o reproduzir-se. Por esta razão, a ocasião gera um alto nível de incertezas e críticas, proporcionando às pessoas diretamente envolvidas no contexto sentimento de insegurança, como se seu destino estivesse sobre efeito da própria sorte, justificando assim a prática de ritos através dos quais os indivíduos ou grupos culturais acreditam poder controlar a ação de forças naturais ou sobrenaturais que incidem sobre os mesmos (HOEBEL; FROST, 2015).

Estudo sobre práticas ritualísticas em uma comunidade quilombola no Estado da Bahia revelou ser comum entre os nativos deste quilombo a procura de apoio dos santos católicos quando estes se encontram em situações de vulnerabilidades, entre estas a vivência de um parto difícil. Para alcançarem a graça solicitada, as pessoas fazem promessas de rezas e sacrifícios, pois acreditam na força da oração, passando a utilizar instrumentos de comunicação e religiosidade popular, tais como: preces silenciosas, orações, penitências, devoções, celebrações e reconciliação com os santos (SANTOS, 2009).

Entre parteiras tradicionais o saber costuma ser repassado através das gerações, na troca informal de experiências entre elas e de acordo com pesquisas sobre o tema, o ato representa uma prática popular, reconhecida e respeitada pela comunidade, utilizando como

instrumentos da prática orações, plantas medicinais, superstições e simpatias (MAIA, 2013; SANTOS, 2009).

A arte da parteira tradicional, segundo Maia (2013) e Santos (2009), é cada vez menos encontrada. Mudanças no cenário da assistência ao parto que com a expansão, interiorização e desenvolvimento nas condições de acessibilidade aos serviços médicos-hospitalares e aparato tecnológico reproduz de forma hegemônica o saber médico, reservando os cuidados da parteira para regiões mais preservadas e de difícil acesso como comunidades indígenas do norte do País (BRASIL, 2016).

Na comunidade do Muquém, a tradição da parteira comunitária não foi repassada. Neste aspecto, existe uma tendência a **aculturação na tradição do cuidado à parturiente e seu bebê**, embora a memória de sua prática possa ser constatada através dos testemunhos de mulheres que tiveram seus partos e nascimentos assistidos por elas.

Não existe mais parteira, pelo menos aqui no Muquém, não tem. Tudo leva pra o hospital (Adenike).

Nesse tempo da gente era bom. Hoje não tem mais parteira aqui... (Acai).

As falas que seguem reforçam a influência da espiritualidade adotada no fazer das parteiras do Muquém e se relacionam também a adoção de simpatias que tinham por objetivo melhorar a evolução do trabalho de parto e parto, proporcionando conforto e primando pelo bem-estar evitando excessos de intervenções sobre o corpo da mulher. Como se pode perceber nas falas a seguir:

A assistente fazia simpatia: pegava cebola branca esquentava no fogo, mastigava pra fazer massagem na barriga da pessoa. Também com a folha de algodão grande, esquentava e dava massagem para avexar as dores. Tinha ainda a simpatia do remate dos temperos – às vezes tava uma dorzinha maneira (pouco intensa), uma hoje e outra amanhã, fazia um caldo temperado e colocava numa farinha fina, dava para a mulher comer, quando batia dentro, mexia com tudo... a dor aumentava e quando tinha de acontecer... resolvia. Elas também tinham uma mania de fumar, pegava aquele cuspe (saliva), misturava com fumo que ficava no cachimbo e esfregava na barriga da mulher, fazendo massagens que era para quando tava com dor, ajudava. (Etana).

Aí a cumadre fazia um chá, dizia que era pra mim tomar, porque se eu tomasse eu ia ver a criança nascer. Era, ela fazia muito chazinho pra nois... Ela passava a mão assim na barriga da pessoa – “*vai cumadre! vai cumadre! tá passando cumade?*” – Pegava uma sementinha crua de cebola branca, que vende na feira, e fazia assim, na barriga da pessoa, massageando, como faço agora, em mim (Ayomide).

Ela aprendeu com a mãe dela. A mãe dela era desses povo velho e ensinou tudo a ela. Fazia tanta pergunta, ela. Fazia um chá e me dava, agora eu num sei do que era,

era comprado na feira... Antes de começar as dor, dava o chá de Alfavaca, né?! Ela esperava, fazia um chá quando demorava a vir, quando ela dizia faça um chá de alfavaca, dava a gente (Aduoa).

Como ela fazia eu nem posso te responder, ela que fazia, ela que sabia como era que fazia, né? eu só sei que ela dava o chá, fazia um negócio do chá, agora de que era... dava uma compressa, massagem na barriga da gente! eu não lembro não como era a massagem, nem me lembro também do chá, viu? Ela esperavaaa! quando ela via que não dava jeito aí ela mandava a gente pra maternidade... (Acai).

No momento das dores, a parteira fazia simpatias e essas coisas. Ela colocava o chapéu do esposo na cabeça da gente, do marido ou do sogro; fazia as reza dela né, que só ela mesmo sabia... Era, as orações que ela fazia só quem sabia era ela (Tisha).

Compreender a força da espiritualidade nos atos gerados pelas crenças em uma divindade suprema continua a ser um desafio antropológico atual que, para Gomes (2013), torna-se mais fácil quando são identificados a partir do afrontamento do divino, o belo com sua antítese, o profano, gerador de tabus no comportamento cultural.

Na história da humanidade, a parturição sempre foi percebida como um evento de pertencimento ao universo do sagrado, desta forma marcado pela dicotomia de significados, entre o que era o divino e seu contradito lado do profano. Desta forma, em todas as culturas estão presentes tabus ou regras que, segundo Nogueira (2006), são interditos dirigidos aos profanos que os impede de se aproximar, tocar os objetos, pessoas ou lugares sagrados, separando o que se pertence ao inexplicável mundo do divino, que deve ser cultuado, protegido e guardado em rituais específicos.

A polarização entre o divino e o profano citada por Gomes (2013) permite que ao visualizar o oposto ao lado divino do sagrado, surjam também os tabus que habilitam os seres humanos a rejeitar seu lado apavorante, norteados suas escolhas e atitudes frente ao sagrado. Transpondo estas ideias para o cenário da parturição, Nogueira (2006), discorre sobre a presença de tabus que estão nas formas de lidar com o fenômeno da parturição no modelo vigente de atenção ao parto e traça considerações sobre a necessidade de reconsiderá-los para que, mudando paradigmas, se efetue a humanização da assistência ao parto.

Nesta perspectiva, percebeu-se a importância de se ter identificado nas falas de mulheres quilombolas, participantes desta pesquisa, relatos sobre como a comunidade lidava com o sagrado e o profano, e como isso determinava diferenças no cuidado prestado à mulher durante sua parturição.

Nos relatos das experiências sobre o parto e nascimento de mulheres quilombolas do Muquém foram identificados rituais que claramente se associavam aos dois momentos de

crises que envolvem o momento da parturição: a reprodução e o nascimento. Tais rituais tornaram evidentes que para estas mulheres **o nascimento é a representação do divino**, enquanto **o parto em si, restos ovulares, estaria associado a tabus** à medida que representavam a sujeira, impureza que não deve estar à mostra, conforme desvelado nas falas abaixo:

O parto normal sempre é gostoso, porque é ali, você tá sabendo que tá colocando ali pra o mundo ali, um ser. Quando o primeiro filho nasceu... quando eu vi o primeiro filho... lembro no momento de alegria que dá... que dá esse momento. Aí tá a experiência (Tisha).

Nós guardava tudinho o negocinho dele, o imbiguinho, mas nesse, nesse tempo... Demorava de cinco a sete dias pra cair, era! Depois tinha a esteira sabe?! A parteira mandava nós pegar a esteira, queimava, aí fazia aquela cinzas, colocava no umbiguinho dele e num instante sarava! (Acai).

Ela trazia um cordãozinho, aí ela media o tantozinho da tripinha do bebezinho, tirava uma quantidadezinha e ficava o umbiguinho... [...] Chegava, só era ajeitar ele, dava um banho assim, passava um pano, tinha vez que ela passava o paninho, ela dizia: – *“oia cumadre deixa passar umas horinhas, mais tarde dá banho nele”* – não era assim logo, de repente não! Depois do banho, amarrava um paninho no bixinho e eles ficava bem durinho... (Ayomide).

A forma zelosa e carinhosa expressas nas falas das mulheres do Muquém ao discorrer os cuidados dispensados ao recém-nascido que se estendiam também ao tratamento dado a seus anexos fetais (cordão umbilical) permitiu inferir que a comunidade adota rituais sagrados nesta prática de cuidado, pois, segundo Gomes (2013), “o modo como as pessoas se relacionam com o sagrado é marcado por um espírito de reverência e por uma atitude própria, não corriqueira, que se chama de ritualístico”.

Entende-se por ritual o desencadeamento de atitudes, comportamentos padronizados, ordenados e sequencializados adotados por pessoas de grupos culturais que se diferenciam de outra rotina qualquer, por se reportar a formas de lidar com situações relacionadas ao simbolismo do sagrado ou do profano conforme são culturalmente determinados (GOMES, 2013).

Os achados desta pesquisa relacionados ao trabalho da parteira tradicional nos cuidados com a parturiente e seu filho corroboram com o estudo de Santos (2009) que encontrou junto à comunidade quilombola de Olaria (Bahia) a valorização deste trabalho, onde se reconhecia sua importância enquanto uma prática solidária, um dom divino de ajuda para que um ser vivo venha ao mundo, evidenciado no acompanhamento paciente e

compreensivo da parturiente, atento às complicações e desta forma associado ao divino e ao milagroso.

Ao lidar com os anexos maternos outros rituais são empregados na cultura local de mulheres do Muquém, conforme apresentados nos trechos de falas a seguir:

Depois de tudo, pegava a... não jogava não... a parteira mandava: – a “oia cumpade faz um buraquinho e bota essa...” – fazia assim um buraquinho, cavava um buraco e enterrava, butava, pra não deixar atôa. Porque não podia ficar atôa pra o povo ver, né?! A sujeira! Ficava assim num cantinho, no terreiro, aí colocava, eles cobria... pronto! Ninguém sabia e ninguém via, que não ia deixar um parto de uma mulher pra todo mundo ver! Nem podia os bichos comer, podia não! Ela falava que não prestava não! Agora eu não sei porquê, só sei que ela dizia que não podia deixar fora não! (Ayomide).

[...] aí já deve ter vindo tudo junto! Acho que veio tudo junto... Não sei contar! Já tava toda limpa (Tangela).

Na visão da mulher do Muquém a compreensão da placenta como impureza, restos do parto, atravessa o saber local alcançando também o ambiente hospitalar, como pode ser apreendido na fala de Ayomide:

[...] Também no hospital, quando vem... no hospital coloca naqueles baldes né?! (Ayomide).

A placenta humana é um órgão transitório que surge especificamente no período da gravidez, cuja principal função atualmente concebida pelo meio acadêmico é a de manter a vida fetal intrauterina (REZENDE, 2011). Entretanto, nas mais diversas culturas humanas, a placenta possui valores simbólicos distintos¹¹, variados que influencia na escolha do tratamento final destinado a mesma.

Em países ocidentais a prática mais comum adotada no destino da placenta é sua incineração e, no Brasil, apesar de já se registrarem algumas exceções a estas práticas, hegemonicamente em partos assistidos em maternidades, a placenta é descartada no lixo hospitalar, uma atitude ilegítima à medida que fere o direito constitucional a propriedade de seus órgãos e à liberdade de consciência e de crença. Além disso, negar o direito à mulher de decidir o destino final de sua placenta vai de encontro às recomendações da OMS de que “As

¹¹ Razões pelas quais alguns povos enterram a placenta: (1) **Maoris** da Nova Zelândia, que enterram a para melhorar o relacionamento entre os seres humanos e a Mãe Natureza; (2) **índios Navajo** dos Estados Unidos ritual sagrado - enterram a placenta e o cordão umbilical, particularmente no caso do bebê morrer no parto; (3) No **Camboja e na Costa Rica**, acredita-se que a prática protege e assegura a saúde do bebê e da sua mãe; (4) **Aimará** da Bolívia em caso de morte da mãe enterra a placenta em um lugar secreto, para que seu espírito não venha a reivindicar a vida de seu filho (5) O **povo Ibo** (ou Igbo) da Nigéria considera a placenta como o gêmeo morto do bebê (FELÍCIO JÚNIOR, 2009).

mulheres que dão à luz em determinada instituição tem direito a decidir sobre a vestimenta (própria e do recém-nascido) destino da placenta e outras práticas culturalmente importantes para cada pessoa” (DECLARAÇÃO..., 2002).

O primeiro postulado de Madeleine Lininger de que **as diferenças nos valores e padrões de cuidar cultural geram grandes diferenças nas expectativas e práticas de cuidados de enfermagem** podem ser contempladas através das percepções de satisfação com a prática do cuidado ao processo de parturição recebido por algumas mulheres, participantes deste estudo, durante a assistência hospitalar.

Estas práticas hospitalares, geradoras de satisfação entre as mulheres do Muquém foram relacionadas com a menor ocorrência de sangramento pós-parto, dando-lhes a sensação de limpeza e bem-estar, conforme reveladas nas falas apresentadas a seguir:

[...] Nem se pergunte, que nós já vinha limpinha e enxuta de lá, né?! Quando eu ganhava menino, eu não vinha vendo a menstruação mais (Aduoa).

Agora, tinha um porém: que elas (as parteiras) não colocam a mão pra sair, pra tirar o restante da placenta. Não, elas não fazem isso... e em casa a pessoa fica menstruando 30 dias! Mas, quando ela sentia que não ia... que a placenta não ia sair mesmo, aí ela mandava para o hospital (Adenike).

Eu fazia no hospital que já vinha tudo limpinho, tudo! De lá pra cá na hora de parir eu vou pra rua, porque já vem tudo limpinho. Lá no hospital quem pegou foi a parteira também... Mas foi normal. Gostei, vinha limpinho. A mulher vinha enxuta e tudo, vinha limpinha (Abeba).

A presença de sangramento pós-parto persistente, ainda que próprio da fisiologia do puerpério, representa para a mulher quilombola **ausência de bem-estar**, impedindo que a mesma retome a rotina do cotidiano na comunidade, como se pode apreender nas falas:

[...] Já limpa a pessoa todinha. Quando chegava em casa, com dois dias, três dias, eu fazia as minhas coisinhas. Botava café no fogo, lavava os prato e aqui não... Ficava boinha! (Abeba).

O que eu senti de diferente assim foi o período da menstruação, porque eu só passava três dias e passei 17 dias, eu já não aguentava mais... [...] Era pouco mais incomodava direto com aquilo... (Tangela).

Esta percepção da placenta enquanto resto de parto, indesejado e potencialmente causador de complicações no pós-parto também foi representada pela oração da parteira que foi ditada por sua filha e registrada em diário de campo:

Minha Santa Margarida, nem estou prenha, nem parida, tira essa carne podre de dentro da minha barriga (**Diário de Campo** – filha da parteira).

Quando as práticas de cuidado não garantiam a total expulsão de restos ovulares, as mulheres adotavam práticas de **cuidados de saúde do sistema genérico** (Folk), oriundas do saber local:

Tinha umas que era preciso tomar uma aguardente da Alemanha, acho que ainda hoje vende na farmácia, essa aguardente da Alemanha, pro mode cooperar mais, né?! Diz que é pra limpar resto de parto – essas coisas que ficava por dentro – Sujeira que botava de dentro pra fora. A mulher tomava pra fazer limpeza (Etana).

A aguardente da Alemanha é um fitoterápico produzido a partir do extrato de raízes da *Operculina macrocarpa* e *Convolvulos scammonia*, popularmente conhecida como “jalapa composta” que tem sido largamente utilizada, principalmente por mulheres, para diversos tipos de transtornos à saúde, inclusive como adjuvante em problemas circulatórios, acreditando-se ter este uma ação trombolítica, embora sua indicação farmacológica esteja relacionada ao poder laxativo de seu princípio ativo, razões pelas quais especialistas alertam para a necessidade de ações de fármaco vigilância sobre a sua comercialização (FONTELES et al., 2008).

A percepção de impureza e nocividade contida no sangramento feminino foi enfatizada por revelações feitas em visitas anteriores a entrevistas, nos momentos de aproximação registrados no diário de campo. Algumas pessoas da comunidade consideram que o poder de toxidade do sangue menstrual poderia até mesmo alterar propriedades físico-químicas de matéria inanimada como descrito a seguir:

[...] mulheres menstruadas não podem tocar o barro na escavação – senão todas as peças esculpidas deste barro se rompe no forno” (Diário de Campo).

Tais revelações tornam explícitas que as mulheres do Muquém podem estar vulneráveis às ações indesejadas relacionadas ao uso indiscriminado deste fitoterápico na tentativa de conter o sangramento pós-parto. Tal exposição ao risco de adoecimento relacionado ao uso inapropriado de remédios caseiros torna ainda mais importante a negociação para provisão de um cuidado profissional benéfico e pautado no respeito à cultura local, mantendo-se coerente com a Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger.

A observância da aplicação da Teoria de Leininger, segundo o qual é essencial subsidiar a prática da enfermagem a partir da acomodação ou mesmo repadronização dos valores culturais a estes atribuídos sob o prisma do saber popular com vistas à realização de uma assistência de profissional benéfica (LEININGER, 2002), encontra também nesta

situação uma oportunidade para sua utilização de forma a adequar o cuidado de enfermagem sistematizado a partir de uma abordagem respeitosa e dialética, condição essencial na proposta de mudança de modelo de assistência obstétrica desejada, através do acolhimento e da escuta qualificada.

Nas entrevistas das participantes desta pesquisa a experiência do parto e nascimento surgiu em suas falas como um evento privativo dando origem à subunidade de significância **A intimidade e feminilidade na experiência do parto e nascimento**.

8.3.2 A intimidade e feminilidade na experiência do parto e nascimento

A intimidade do cuidado à parturiente revelou-se nas falas das entrevistadas à medida que estas descreveram na cena do parto e nascimento a presença de pessoas de sua convivência local em que as mesmas lhes despertavam uma relação de proximidade e confiabilidade, como se pode entender nas falas seguintes:

Era em casa, na hora ficava a parteira, quem tava pra parir e alguma vizinha que a pessoa chamava! (Adenike).

Na hora de nascer, ficava na casa comigo a cumadre e às vezes a minha mãe, minha sogra... Meu marido não, ele saía um pouquinho, só ficava mulher. (Ayomide).

Na hora de ganhar no quarto ficava eu, minha mãe e a parteira. O marido ficava do lado de fora (Abeba).

Só quem ficava mesmo na casa era a parteira, às vezes tinha outra mulher pra ajudar a gente, né? a vizinha que ficava dando uma forcinha. O marido não! não! Podia não! Era coisa de mulher... (Acai).

Quando se tratava da presença de outras pessoas na cena do parto e nascimento a figura materna foi uma alusão frequente, sua importância pode ser apreendida nas falas seguintes:

[...] quando deu a dor nos quartos que eu gritei – “ou mãe! Corre mãe! A minha barriga doeu!”. Quando deu aquela dor que eu disse – “Eita, meu Deus do céu! Ou meu Deus do céu! Chega mãe!” (Ayomide).

Eu não tive... a presença da minha mãe. No momento que eu ganhei os dois, no hospital em Maceió, ela não tava presente. Aí, na terceira vez, terceiro filho ela já tinha falecido. Não tava presente. E os outros também, ela nunca tava ao meu lado quando eu ia ganhar o neném! Que sempre acostuma né, a mãe tá perto lá com os filhos e eu não... Toda vez que lembro, choro muito assim... (Adenike).

Eu queria que estivesse em todos era a minha mãe, mas ela não estava. Ela morreu, a minha mãe, fico triste assim toda vez que lembro (Abeba).

As falas anteriores corroboram com os conceitos encontrados em literatura antropológica. Para Hoebel e Frost (2015) entre as diversas culturas, o parto é um assunto estritamente feminino, onde geralmente a parturiente se recolhe à intimidade de sua casa, com uma ou duas mulheres mais velhas, com relação de parentesco para lhes prestarem assistência, entre alguns povos estas mulheres são chamadas de parteiras experimentadas.

Ao reportar-se a figura da mãe da parturiente como uma presença predominante na cena do parto e nascimento, as mulheres do Muquém reiteram o que a literatura acadêmica mostra como uma tendência histórico-cultural que, segundo Van der Sand et al. (2011), associa-se com o simbolismo da maternidade, onde a parturiente refletindo sobre a dor e o sofrimento enfrentado durante a parturição, busca ressignificar sua própria relação com sua genitora, que passa a ser seu modelo para construção de sua nova identidade materna.

Como exceção à regra, em algumas culturas tradicionais a presença do pai é estimulada, mesmo assim, no momento do parto/nascimento propriamente dito, a mulher tende a se recolher intimamente, sendo mais comum a presença da figura paterna no confinamento pós-nascimento, onde se suspeita que a razão maior deste comportamento esteja na afirmação simbólica da identificação do pai com a criança (HOEBEL; FROST, 2015).

Entre as mulheres do Muquém observou-se que **a figura paterna desenvolve um papel cultural importante no desvelar do trabalho de parto**, sendo comum em suas falas que cabe a estes parceiros a busca pela ajuda da parteira quando sinalizados por suas companheiras:

Quando dizia assim: “*eita, vai atrás da parteira...* Num dava tempo correr! A bolsa pouco primeiro, então, quando meu marido foi chamar a comadre... (Aduoa).

Em casa, quando a dor vinha, eu mandava chamar a cumade, a parteira. Era meu marido que ia buscar ela! (Ayomide).

Aí depois quando apertava, já chamava a parteira. Meu sogro ou meu marido ia chamar ela, que era uma vizinha que eu tinha (Tisha).

Não obstante a importância do papel tradicionalmente desenvolvido pelo pai na busca pela ajuda da parteira em prol de uma transposição segura da crise da parturição por sua companheira, provendo as condições mínimas necessárias para o evento do parto e nascimento, produções científicas atuais sugerem a importância de envolver a figura paterna promovendo sua participação em todo ciclo gravídico, tendo sido relatados benefícios sobre o fortalecimento da relação entre o casal, melhoria no vínculo pai-filho e de laços de afetivos e parentalidade (VAN DER SAND et al., 2011).

O nascimento de um filho envolve significados íntimos na vida do casal, pois do ponto de vista antropológico, é também um rito de passagem que transforma homem e mulher em pai e mãe, respectivamente. O compartilhamento desta experiência fortalecerá o vínculo existente entre o casal e o filho, onde o pai, sendo incluído neste processo tem a oportunidade de se sentir co-partícipe deste momento, passando a carregar consigo também o senso de responsabilidade em prover a família e primar pela vida do novo ser (CARVALHO; BRITO, 2011; DODOU et al., 2014).

8.3.3 Sentimentos que emergem das experiências do parto e nascimento

A forma pela qual os fatores culturais ditam as representações sociais sobre o processo do parto e nascimento formaliza uma linguagem unidirecional que se transmite através das gerações como recortes de memórias coletivas que associa a experiência do parto e nascimento a uma etapa do ciclo gravídico-puerperal extremamente dolorosa e sofrida. Esta experiência, marcada pela fragilidade afetiva, emocional, desencadeia alterações metabólicas. Portanto, perpetua-se a ideia de que o emprego de tecnologias médicas como uma cesariana eletiva, corresponde à única possibilidade de enfrentamento dos mitos e medos associados à experiência do parto normal (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

A medicalização do parto e nascimento imposta pelo predominante modelo de atenção à saúde importado do ocidente que predomina no Brasil provoca a **aculturação** de um evento anteriormente vivenciado na intimidade das famílias difundindo a ideia de que o consumo de tecnologias médicas modernas seria suficiente para a transposição de um momento crítico do ciclo de vida das mulheres. Tais convicções foram incorporadas às práticas obstétricas por influências de Descartes e sua percepção sobre o dualismo mente e corpo, tornando este último uma máquina a ser operada pela ciência da medicina (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Entre as mulheres do Muquém a transmissão oral da vivência da experiência do parto através das gerações foi uma atitude frequentemente relatada pelas participantes do estudo, onde as mesmas relacionam a desinformação sobre a fisiologia e a falta de orientação sobre quais comportamentos que a parturiente deve adotar no momento do parto e nascimento com a **exacerbação de um sofrimento desnecessário, gerado pelo sentimento de medo** que surgiu em decorrência de sua inexperiência e desconhecimento sobre o que poderia lhe acontecer no momento do parto:

Do primeiro eu sofri muito, eu não tinha experiência, porque minha mãe não falava, não chegava assim e falar: oia, acontece assim, assim... ela não falava nada! Aí eu não tinha experiência, ninguém orientava de nada, eu sofri muito quando eu fui ganhar o meu primeiro filho! Não sabia o que fazer! que não tinha experiência, eu não sabia o que fazer quando vinha as dor. D'eu ter sofrido, foi porque eu fiquei nervosa, não sabia o que fazer, né!? Não sabia... não saber o que fazer naquele momento... que experiência eu não tinha! (**Adenike**).

Eu tinha medo, meu Deus do céu! Eu tinha tanto medo! Quando eu fui pra o hospital da primeira vez... eu tinha medo, meu Deus do céu! Era minha fia, eu tinha medo... Eu pensava assim: ou meu Deus, como era o parto? Meu Deus do céu! Como é isso? Não sabia o que ia acontecer! (**Ayomide**).

O medo exacerbado pode causar aflição extrema na parturiente, passando a ser uma patologia denominada tocofobia, geralmente advém de experiências passadas de partos mal sucedidos, por vezes traumáticos, levando a mulher contemporânea a apresentar dificuldades no protagonismo de seus partos, seja pelo sentimento de insegurança quanto a seu próprio bem-estar e de seu filho, ou pelo receio de seu próprio desempenho, não correspondendo às expectativas do comportamento esperado para desempenhar a maternidade, podendo inibir a dimensão afetivo-emocional que prejudica a formação do vínculo materno com seu filho (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

De forma inversa, Malayka testemunha o quanto foi importante as práticas de educação em saúde por meio da técnica de Roda de Conversa, envolvendo profissionais de saúde e mulheres da comunidade que abordaram a fisiologia do parto para que a mesma vivenciasse esta experiência com maior tranquilidade:

Ao centro da roda, estendido no chão um papel craft servindo para a construção de um cartaz [...] escolhesse uma tarjeta e apresentasse porque aquela havia sido escolhida. A orientação era para que pegasse a tarjeta que contivesse um sentimento que ela considerava relativo ao parto [...] Saíram tarjetas que continham expressões: dor, medo, Deus, vida, alegria, morte, desrespeito, vínculo, carícia, ansiedade, companheirismo, filhos, amor, solidão, raiva, violência... (**Diário de Campo**).

O nascer e o parir são desdobramentos da concepção e da gestação diretamente relacionados com o ciclo vital humano, como tais estão presentes em toda cultura. Entretanto, a forma de lidar com estes momentos vitais, de maneira geral, tendem a ser diferentes entre os povos. Assim, à medida que algumas culturas tratam o parto e nascimento com maior naturalidade, outras percebem como momentos geradores de crises e angústias, geralmente associados ao medo de mau desenvolvimento fetal; abortamentos e parto dificultoso (HOEBEL; FROST, 2015).

A transposição do momento da crise humana de reproduzir-se alcança o pico com o acontecimento do parto e nascimento, apesar disso as expectativas relacionadas a este evento estão mais presentes no momento da gravidez, passando a condição de real no desfecho do nascimento (HOEBEL; FROST, 2015).

Nesta perspectiva infere-se que os sentimentos relacionados com a vivência atual do parto e nascimento poderão ou não corresponder ao imaginário, visto serem estes frutos das apreensões de relatos de experiências de outras pessoas ou anteriormente vividas, assim tende a ser um momento positivo se os conhecimentos e sentimentos previamente adquiridos também o forem (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). As falas de mulheres do Muquém confirmam estas ideias:

Dos outros filhos já foi bem diferente. Quando as dor aumentava já não ficava como da primeira vez, já relaxava mais. A segunda, já foi mais rápida um pouquinho, não sofri tanto quanto o primeiro. A terceira ainda foi mais rápida um pouquinho, a quarta também... (Adenike).

Do primeiro é ruinzinho! Ixi Maria! A dor do primeiro foi mais... ah, meu Deus do céu! Eu... ficava aperreada, mas, depois me acostumei, graças ao meu Deus! (Ayomide).

Tinha as coisa que as pessoa dizia que fazia medo. Mas, a gente tirava aquilo. Aquela sensação de medo. Eu Acho que quem fazia o medo era nós mesmo. No momento... (Tisha).

Eu já tinha um pouco de noção como era, porque, eu já tinha acompanhado as minhas irmãs na hora do parto, eu só não via mesmo pegando, porque eu não tinha coragem... mas, eu fiquei com as duas, a que foi ter gêmeos e a minha outra, tudo próximo uma da outra, foi eu que fiquei com elas nos hospital, mas, a gente só sabe mesmo quando passa! eu... modificou viu, porque eu pensei que não era tanto assim não... [...] A minha experiência não foi uma das melhores, mas, todas tem que passar, né?! [...] Eu queria normal mesmo, é mais dores, mas, é melhor! Mas, na hora da agonia o que viesse ou cesárea ou normal, seja o que fosse... Era muita dor. [...] Eu não tive a experiência própria, mas teve as experiências de cesárea das irmãs.... é bom, assim, porque você não sente tantas dores, porque aí vai pra sala de cirurgia e já coloca lá a injeção pra você não sentir tanta dor, mas depois a recuperação é pior. [...] como foi gêmeos sobrou muito coró de barriga, então, aquilo infeccionou e teve que ter um cuidado mais especial, eu só tinha medo de cesáreo por causa disso (Tangela).

Nas figuras que seguem foram expostas fotos realizadas durante a atividade de aproximação da pesquisadora com a comunidade, que diz respeito à Roda de Conversa citada por Malayka, também registradas no Diário de Campo. As imagens exibidas nestas fotos encontram coerências com as citações de Hoebel e Frost (2015), anteriormente apresentadas. Contudo, pode-se apreender que na experiência do parto e nascimento também estão

envolvidos sentimentos positivos relacionados a afetividade e formação de vínculo mãe-filho e a prática da maternagem.

Figura 14 - Tarjetas utilizadas em atividade de Educação em Saúde



Fonte:AUTORA, 2017

Figura 15 - Cartaz produzido por mulheres quilombolas em uma Roda de Conversa sobre sentimentos que emergem ao pensar sobre o parto e o nascimento



Fonte:AUTORA, 2017

Trechos de falas de mulheres participantes desta pesquisa exacerbaram mensagem de carinho e afetividade na vivência da experiência do nascimento de seus filhos, sendo estas suficientes para a superação de sentimentos negativos relacionados com o medo, a dor e o sofrimento gerado pelo trabalho de parto e parto, propriamente dito:

Apesar das dores, das agonias, era... é maravilha tá com o bebezinho ali... era o melhor momento quando eu estava com os meus filhos nos braços, sabendo – “*sofri por causa de você! e você tá aqui feliz nos meus braços...*”, falava desse jeito, com eles nos braços. Melhor momento era esse! Depois que ganhava (Adenike).

Foi uma alegria, nossa... fico emocionada, por isso estou com olhos cheios de lágrimas. Colocaram assim que nasceu... nossa... quando o médico colocou ela pertinho de mim! foi uma alegria tão grande! Nossa foi uma emoção tão grande... tava! coladinha no corpo... foi o mais marcante! (Malayka).

Depois que nasceu colocou ele assim, na minha barriga e disse: já nasceu o seu bebê! Foi muito bom! você vai esquecendo dos bucados ruins... (Tangela).

Era, meus bebezinhos nascia lindinho... [...] “*Oia aí! já tá com a menina no braço, chorando*”. – Eu acentada na cama, com a menina no braço! Em casa a parteira deixava a gente ficar com ele no braço, dava, aí fazia cama, ficava assim pertinho de eu! Ela dizia: “oia cumadre já dá o peitinho pra ele puxar... (Ayomide).

A gravidez proporciona à mulher o estabelecimento de um vínculo afetivo com seu bebê que se complementa no momento do nascimento, despertando sentimentos positivos a

seu respeito e o identificando como parte de sua vida, efetuando-se a formação de vínculo mãe-filho. Promover o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido é uma boa prática obstétrica e neonatal, uma tecnologia relacional, sem custos adicionais capaz de contribuir com adaptação de mãe e recém-nascido à nova etapa de suas vidas (SAMPAIO et al., 2016).

O contato pele a pele quando estabelecido na primeira hora de vida mantém relação com aumento do sucesso do aleitamento materno, melhores indicadores de mortalidade infantil, menores taxas de maus tratos e abandono, pois sua instituição está associada à regulação de mecanismos fisiológicos, neurossensoriais, imunológicos e comportamentais que ajudam o recém-nascido adaptar-se ao ambiente extrauterino. Este momento também é o mais apropriado à formação do vínculo mãe-filho em virtude das várias sensações afetivas e amorosas despertadas da interação entre o organismo materno e do seu bebê (FUCKS et al., 2015).

A personificação do bebê iniciada desde a gravidez gera uma expectativa na mãe e na família, despertando um sentimento de negociação com identidades continuadas previamente conhecidas que se projeta no filho imaginado lhes conferindo desde o ventre materno uma identidade e laços sociais (REZENDE, 2016), desta maneira o nascimento do filho fecha o ciclo vital, devolvendo um novo ser à comunidade e às raízes da cultura local.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo surgiu de uma necessidade de adentrando o universo cultural da população quilombola do Muquém fazer emergir singularidades das experiências de mulheres relacionadas com o momento de seus partos e nascimentos de seus filhos. Desta forma propôs-se refletir sobre a assertividade das práticas profissionais adotadas na promoção do cuidado à parturiente frente àqueles culturalmente desejados e valorizados mediante o saber local da comunidade, buscando, assim, contribuir com o conhecimento epistemológico da enfermagem obstétrica com vistas à adoção de práticas de cuidados culturalmente congruentes.

Sabe-se que experiência do parto e nascimento envolve não apenas um componente biológico, como também psico-sócio-histórico e cultural. Desta maneira, ressalta-se a importância de contribuições do saber e do fazer profissional que busca na congruência da ciência com a cultura adotar práticas de cuidado capazes de (re)significar de forma positiva a experiência de mulheres durante a parturição. Assim pensando optou-se em adotar uma teoria de enfermagem que permitisse desenvolver um caminho teórico-metodológico coerente com objeto e objetivos do estudo.

A adoção da História Oral Temática para coletar dados associada à opção pela Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado de Madeleine Leininger como referenciais teórico-metodológicos desta pesquisa, mostraram-se escolhas adequadas, pois possibilitaram alcançar os objetivos propostos para o estudo: apreender as experiências sobre o parto e nascimento de mulheres quilombolas; compreender as experiências sobre o parto e nascimento de mulheres quilombolas; identificar os cuidados culturalmente congruentes destinados às mulheres quilombolas que experienciam o parto e nascimento; e analisar os cuidados culturalmente congruentes destinados às mulheres quilombolas que experienciam o parto e nascimento.

Diante da análise das falas expostas pelas participantes, pode-se inferir que as ideias de Odent sobre o benefício da redução de eventos estressores no momento do parto e nascimento **mostrou-se congruente com o sistema de saberes local**, portanto pode ser considerado **um ponto de congruência entre o sistema de cuidados genéricos e o sistema profissional**, devendo ser incentivada medidas que visem à redução do estresse diante da

vivência destas experiências, incentivando de práticas menos intervencionistas, mais relacionais, em ambiente acolhedor e na presença de uma rede de apoio familiar.

Nesta perspectiva, considera-se que para ajudar mulheres e família atravessar a crise do parto e nascimento transformando-o em uma experiência saudável, com sensação de segurança e bem-estar se faz necessário observar, tanto os mecanismos fisiológicos como os componentes culturais e histórias prévias relacionadas com experiência passadas. Somente assim, torna-se possível aproximar os sistemas de saberes e práticas de cuidados genéricos e profissionais, reduzindo conflitos e promovendo a satisfação da comunidade.

A política pública de promoção à saúde da mulher na experiência do parto no Brasil prevê a importância de mudanças de paradigmas da assistência obstétrica, estimulando, entre outras coisas, o respeito às diversidades culturais para a vivência desta experiência. Entretanto, para encontrar uma forma de integrar saberes e práticas de cuidados diversos e universais se faz necessário promover a dialética entre as várias interfaces que envolvem a conjuntura sociocultural de cada grupo humano, aproximando as diversidades das culturas e subculturas, discussão cuja magnitude não permitiu ser esgotada nesta pesquisa.

Para as mulheres quilombolas do Muquém a experiência do parto e nascimento é única, especial, inesquecível e que, frequentemente, remete a sentimentos ambíguos relacionados, com medo, ansiedade e tensão, por um lado; e com prazer, felicidade e satisfação, por outro. A dualidade entre os sentimentos positivos e negativos apreendidos da experiência de seus partos e nascimento estiveram relacionados com as várias influências das dimensões e interfaces envolvidas no contexto sócio-histórico-cultural e visão de mundo da mulher quilombola.

A realidade social da população quilombola no Brasil traz consigo a história de séculos de negação de direitos e de discriminação racial que levam ao preconceito de cor, gerando uma dívida social que, embora as políticas públicas atuais busquem dirimi-las ainda estão longe de serem sanadas. Sob este prisma, a iniquidade social repercute sobre a comunidade do Muquém e ganham expressividade também nas questões relacionadas ao acesso à assistência à saúde.

A inacessibilidade aos serviços de atenção ao parto e nascimento de mulheres quilombolas ganhou espaço nas falas das participantes deste estudo, mesmo quando estas não percebiam desta maneira, não questionando sobre o distanciamento, dificuldades de locomoção, não garantia de leitos nas maternidades e ausência do sistema de referência e

contra-referência eficiente que pudesse dispor para transpor com segurança este momento de crise vital.

Entre as entrevistadas a assistência à parturição institucional tornou-se mais frequente no grupo de mulheres mais jovens, embora também tenha sido um recurso tecnológico acionado diante da identificação de distócias, na existência de complicações de partos assistidos pelas parteiras tradicionais ou na impossibilidade de receber seus cuidados pelo distanciamento temporário de algumas mulheres da comunidade.

Para as mulheres do Muquém, o parto domiciliar assistido pela parteira comunitária está relacionado às melhores lembranças, produzindo memórias positivas relacionadas a este momento. Apesar disso reconhecem a importância do saber científico encontrado entre os profissionais de saúde. Nesta perspectiva, para estas mulheres, o ambiente hospitalar para a vivência da experiência de seus partos e nascimento deveria ser uma segunda escolha a ser acionada apenas quando necessária, embora acreditem não mais haver esta possibilidade devido à morte de todas as parteiras da comunidade sem que o saber e prática da parteira tenham sido repassados para outras mulheres.

Percebeu-se que entre as mulheres quilombolas do Muquém existe pouca visibilidade da enfermeira obstétrica como proposta para assistência à parturiente, que diante da proposta de mudanças no paradigma da assistência ao parir e nascer no cenário brasileiro deveria ser incentivada, tornando o seu reconhecimento um desafio a ser enfrentado pelos profissionais enfermeiros. Apesar disto, a identidade da enfermeira obstétrica pode ser abstraída diante da verbalização do cuidado profissional pensado e desejado pelas mulheres entrevistadas, que mantendo semelhança com os postulados e pressupostos de Leininger lhes conferiu legitimidade, uma vez que se trata de uma teoria genuinamente da enfermagem.

Saberes e práticas do sistema genérico relacionados com o cuidado à parturiente emergiram nas falas e estavam relacionados com os conhecimentos transmitidos intergeracionalmente, advindos da experiência de outras mulheres e das orientações e práticas de cuidados das parteiras tradicionais, demonstrando ser uma experiência íntima e feminina. Estes conhecimentos existentes determinam valores culturais próprios que quando confrontados com aqueles produzidos pelo sistema profissional de assistência ao parto se sobrepõe a este, reafirmando os postulados e pressupostos contidos na Teoria Transcultural de Madeleine Leininger.

Esta pesquisa possibilitou compreender a experiência do parto e nascimento de mulher quilombola do Muquém, apreendendo algumas importantes percepções acerca do cuidado

cultural que envolve esta experiência. Apesar disto, acredita-se que para melhor desvelar o universo que influencia o cuidado cultural com vistas a promover a congruência entre os sistemas de cuidados genéricos e profissionais é necessário realizar novas pesquisas que, sugere-se intervenha na realidade social promovendo a transculturalidade do cuidado, primando pela preservação da cultura local e aproximando o saber e o fazer da enfermagem obstétrica poder contribuir para a mudança de paradigma da assistência obstétrica da mulher quilombola.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. L. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. São Paulo, Interface comunicação saúde e educação, 2010. Originalmente apresentado como tese de doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>>. Acesso em: 5 dez. 2014.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2014.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2017.

ALAGOAS. Secretaria da Saúde. **Mapa de vinculação da rede cegonha**. Maceió, 2016. 14 p. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Mapa-de-Vincula%C3%A7%C3%A3o-Rede-Cegonha.pdf>>. Acesso em: 10 jan.2017.

_____. Secretaria da Saúde. **Saúde Alagoas**: análise da situação de saúde - 3ª região de saúde. Maceió, 2012, 97 p. Disponível em: <http://siteantigo.saude.al.gov.br:82/sites/default/files/3a_regiao_de_saude.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2014.

_____. Secretaria do Planejamento, Gestão e Patrimônio. **Estudo sobre as comunidades quilombolas de Alagoas**. Maceió, 2015. 44 p.

ALMEIDA, M. A experiência de mulheres quilombolas: raça e gênero na criação de corpos étnicos. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA ANPUH-RIO: Saberes e práticas Científicas, 16., 2014, Rio. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPUH, 2014.

AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, S8-S10, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0008.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BARRETO, M. R. N. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 901-925, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702008000400002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 3 dez. 2016.

BATISTA, K. B. C; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 20, n. 4, p.884-899, 2011.

BERQUÓ, E; LAGO, T. D. G. Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 550-560, 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/123045/119426>>. Acesso em: 3 dez. 2016.

BÍBLIA Sagrada: Gênesis 9, 27. São Paulo: Editora Ave-Maria, 2017.

BRAGA, C. G. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 498-516, dez. 1997. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/394.pdf>>. Acesso em: 12 abr.2015.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Art. nº68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/con1988_05.10.1988/ind.asp>. Acesso em: 3 dez. 2016.

_____. Comissão Nacional de Incorporação Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2016.

_____. Lei nº. 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 de abr. 2005. p. 1. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.288-2010?OpenDocument>. Acesso em: 3 dez.2016.

_____. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 jul. 2010. p. 1. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/Lei%2012.288%20-%20Estatuto%20da%20Igualdade%20Racial.pdf>>. Acesso em: 3 dez.2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra**. Brasília, DF, 2007. 60 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 30 nov.2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_cegonha>. Acesso em: 30 abr.2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 jan.2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Atenção Básica /DAB – DATASUS. **Sistema de Informação de Atenção Básica: E- SUS AB**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 3 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais**. o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília, DF, 2011. 90 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras_impreso.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor Saúde: rumo ao alcance das metas de 2015: relatório final**. Brasília, DF, 2010, 131 p. (Série D. Reuniões e Conferências) (Série ODM Saúde Brasil; v. II). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conferencia_internacional_desenvolvimento_objetivo.pdf>. Acesso em: 23 nov.2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília-DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 3 dez.2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida [recurso eletrônico]**/ Brasília, DF, 2017. 51p. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/08/Diretrizes-Parto-Normal-resumida-FINAL.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2016.

BRASIL. Ministério de Planejamento Orçamento e Gestão. **Espelho de Órgãos/Uo/ Programas/Ações Integrantes da Lei Orçamentária para 2012**. Brasília, DF, 2012. 20 p. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2010/11/siop-qeop.pdf>>. Acesso em: 5 jan.2014.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Prêmio mulheres negras contam sua história** – 2013. Brasília, DF, 2013. 296 p. Disponível em: <<file:///C:/Users/Hernandes/Downloads/Livromulheresnegrascontamsuahistoria.pdf>>. Acesso em: 3 dez.2016.

BRASIL. Senado. Portal de Notícias. **Congresso combate violência obstétrica**. 2017. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/03/15/congresso-combate-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 6 mar. 2017.

BUSS, P. M. et al. Saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 das nações unidas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2555-2570, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n12/0102-311X-csp-30-12-02555.pdf>>. Acesso em: 7 dez. 2016.

CAMPOS, S. E. V.; LANA, F. C. F. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1349-1359, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000600010&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 10 abr. 2016.

CARDOSO, J. E.; BARBOSA, R. H. S. Desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 35-52, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a03.pdf>>. Acesso em: 3 jan.2015.

CARVALHO, J. B. L.; RITO, R. S. O homem no processo da parturição. In: _____. **Quatro fases do homem no contexto da reprodução**. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2011. 116p, p. 59-68.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **RSP Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr.-jun. 2014. Disponível em: <<http://oaji.net/articles/2015/1978-1432573894.pdf>>. Acesso em: 21 dez. de 2016.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE ARTICULAÇÃO DAS COMUNIDADES NEGRAS RURAIS (CONAQ). Secretaria de Mulheres Quilombolas. Comitê Impulsor Nacional da Marcha das Mulheres Negras. Carta aberta da Conaq sobre a Marcha das Mulheres Negras Contra o Racismo e a Violência e pelo bem viver, 2015: **Quilombolas em marcha**. Disponível em: <<http://www.almapreta.com/o-quilombo/quilombolas-em-marcha>>. Acesso em: 3 dez.2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº.516 de 2016**. Brasília, DF, 2016.

COPELLI, F. H. S. et al. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 24, n. 2, p. 336-343, abr.-jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00336.pdf>. Acesso em: 3 dez.2016.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p.171-188, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em: 3 dez.2016.

DAMASCO, M. S. **Femenismo negro**: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1996). 2009. 162 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:

<<http://pt.slideshare.net/pesquisaracaesaude/feminismo-negro-38337358>>. Acesso em: 10 jan.2015.

DAVIS-FLOYD, R. Filha do tempo: a parteira pós-moderna (parte 2). **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 168-172. Disponível em: <

<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41720/45333>>. Acesso em:

DECLARAÇÃO de Barcelona. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n3/a01v24n3.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

DIAS, M. D. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 476-488, 2007. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a14.htm> Acesso em: 25 dez.2014.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005.

Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2015.

DINIZ, S. G.; CHACHAM. A. S. O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo Acesso em: 23 abr.2015.

DODOU, H. D. et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Rev. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2 p. 262-269, abr.-jun. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0262.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

DOMINGUES, P. Movimento Negro Brasileiro: alguns apontamentos históricos. **Tempo [online]**, Niterói, v.12, n. 23, p. 100-122, 2007. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/tem/v12n23/v12n23a07.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, S154-S168, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

EUGÊNIO, B. G.; LIMA, K. D. A construção da identidade na comunidade remanescente quilombola do Tucum-BA. **Poiésis**, Tubarão, v. 8, n.13, p. 203-222, jan/jun, 2014. Disponível em: <<http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Poiesis/index> >. Acesso em: 22 dez. 2014.

FELÍCIO JÚNIOR, R. O direito sobre a placenta. **Revista Jus Navigandi [online]**, Teresina, v. 14, n. 2169, jun, 2009. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/12951/o-direito-sobre-a-placenta> Acesso em: 6 dez. 2016

FEYER, I. S. S. et al. Publicações científicas brasileiras de enfermeiras obstétricas sobre parto domiciliar: revisão sistemática de literatura. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 247-256, jan./mar., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_30.pdf. Acesso em: 3 jan.2015.

FIGUEIREDO, A. L. A formação de enfermeiros nos cenários da prática assistencial em saúde da mulher: uma experiência de articulação entre a academia e o serviço. **Interagir: pensando a extensão**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 79-82, jan./dez. 2009. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/1807>. Acesso em: 30 nov.2014.

FONTELES, M. M. F. et al. Vigilância pós-comercialização da Aguardente Alemã® (*Operculina macrocarpa* e *Convolvulus scammonia*). **Rev. Bras. Farmacogn.**, João Pessoa, v.18, supl.0, p. 748-753, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2008000500020. Acesso em: 03 dez.2016.

FRANK, T. C.; PELLOSO, S. M. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 22-29, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n1/03.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2016.

FUCKS, I. S. et al. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo do vínculo entre mãe-bebê. **Av Enfermagem**, Bogotá, v. 33, n. 1, p. 29-37, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a04.pdf> >. Acesso em: 3 dez.2016.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES – FCP. **Quadro geral de comunidades remanescentes de Quilombos**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.palmars.gov.br/wp-content/uploads/crqs/quadro-geral-por-estado-ate-23-02-2015.pdf>. Acesso em: 3 dez.2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. **Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais> >. Acesso em: 3 dez. 2016.

FURTADO, E. Z. L.; GOMES, K. R. O.; GAMA, S. G. N. Acesso à assistência ao parto de adolescentes e jovens na região Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 23, p. 1-10, 24 maio, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005396.pdf >. Acesso em: 3 abr.2017.

GASPARETO JÚNIOR, A. Origem dos escravos africanos. **História brasileira [online]**. 2009. Disponível em: <http://www.historiabrasileira.com/brasil-colonia/origem-dos-escravos-africanos/>>. Acesso em: 20 dez.2016.

GEERTZ, C. **A Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOMES, M. P. **Antropologia: ciência do homem: filosofia da cultura**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2013.

GONÇALVES, I. T. J. P. et al. Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. **Rev. Rene**, Belo Horizonte, v.14, n.3, p. 620-629, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Hernandes/Documents/MESTRADO%20EENFAR%202015/1065-7019-1-PB%20rede%20cegonha%20art-%202013.pdf>. Acesso em: 8 dez.2016.

HERMAN, J. Stressing' Innovation, Reproducibility and Replication in Preclinical Research James Herman. **Biological Psychiatry**, New York, v. 79, 1S-438S, May, 2016. Disponível em: <www.sobp.org/journal>. Acesso em: 2 nov.2016.

HODIN, S. **The Global Epidemic of Unnecessary Cesarean Sections (Part 1)**. Coordenador do Projecto Women and Health Initiative Harvard T. H. Chan School of Public Health. Harvard: Harvard University, 2017. Disponível em: <https://www.mhtf.org/2017/01/24/the-global-epidemic-of-unnecessary-cesarean-sections-part-1/>. Acesso em: 2 nov.2016.

HOEBEL, E. A.; FROST, E. L. **Antropologia cultural e social**. 9. reimp. São Paulo: Cultrix, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2014**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94935.pdf>. Acesso em: 22 dez.2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4. ed. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_retradodesigualdade_e_d4.pdf>. Acesso em: 3 dez.2016.

JANNOTTI, C. B.; SILVA, K. S.; PERILLO, R. D. Vulnerabilidade social e mortalidade materna no mundo e no Brasil. In: BITTENCOURT. S. D. A.; DIAS, A. B.; WAKIMOTO, M. D. (Org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fatal e atuação em Comitês de Mortalidade**. Rio de Janeiro: EAD, ENSP, 2013. 268 p.

KAUFMANN, J. C. **A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo**. Petrópolis: Vozes; Maceió: EDUFAL, 2013.

KOETTKER J. G. et al. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. **Rev. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 747-750, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/cb3548.pdf >. Acesso em: 20 dez. 2016.

KREUDER, A.K. et al. (Ed.). **Illuminating the Scientific Process: Innovation, Replication, and Paradigm Shifts in Biological Psychiatry**. Proceeding 553. 71st Annual Meeting of the Society of Biological Psychiatry; 2016 May 12-14; USA (United States of the American). Jacksonville FL: Journal of Biological Psychiatry, 2016. Disponível em: <http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/>. Acesso em: 2 nov. 2016.

LEAL, M. C. et al. Prevalência e fatores de risco relacionados ao nascimento pré-termo no Brasil. **Reprod. Health [online]**, London, v. 13, supl. 3, Oct. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073982/>>. Acesso em: 3 jan. 2017.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National league for nursing press, 1991.

_____. **Transcultural nursing: concepts, theories and practice**. Columbus: McGraw-Hill College Custom Series, 2002.

LOBÃO, A.; LOBÃO, C. **Estudos contemporâneos de cultura**. Campina Grande: UEPB/UFRN, 2008. 15 fasc, 236 p. – (Curso de Licenciatura em Geografia – EaD). Disponível em: <http://www.ead.uepb.edu.br/arquivos/cursos/Geografia_PAR_UAB/Fasciculos%20-%20Material/Estudos_Contemporaneos_Cultura/Est_C_C_A01_J_GR_260508.pdf>. Acesso em: 25 out.2016.

LOPES, C. V. et al. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **Cogitare Enferm.**, Natal, v. 14, n. 3, p. 484-490, 2009. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16178/10697>>. Acesso em: 15 out. 2015.

MACÊDO, M. L. A. F. et al. História oral temática na pesquisa em enfermagem: estudo bibliométrico. **Cogitare Enferm.** Natal, v. 19, n. 2, p. 384-391, abr.-jun., 2014. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/37360/22930>>. Acesso em: 10 out.2015.

MAIA, L. M. M. **Com o poder de Deus nas mãos: concepção das parteiras acerca da vivência do parto**. 2013. 147 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013. Disponível em: <<http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/4208/1/ArquivoTotalLuna.pdf>>. Acesso em: 5 mar.2017.

MAIA, M. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p. 1041-1044, maio, 2011.

MARCONDES, M. M. et al. (Org.). **Dossiê das mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras do Brasil**. Brasília, DF: IPEA, 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_dossie_mulheres_negras.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2017.

MATOS, G. C. et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 7, n. esp, p. 870-878, mar., 2013. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:35wzoh_fmKsJ:www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3347/5741+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 10 out.2015.

MATOS, J. S.; SENNA, A. K. História oral como fonte: problemas e métodos. **Historiæ**, Rio Grande, v. 2; n. 1, p. 95-108, 2011. Disponível em:

<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zCGL7Wyi6RQJ:www.seer.furg.br/hist/article/download/2395/1286+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 10 out. 2015.

MEIHY, B. J. S. B.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. 2. ed. São Paulo, Contexto, 2010. 175p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

MONTICELLI, M. et al. Aplicações da teoria transcultural na prática da Enfermagem a partir de dissertações de mestrado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.19, n. 2, p. 220-228, abr./jun., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/02.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2014.

MUNANGA, K.; GOMES, N. L. **Para entender o negro no Brasil de hoje**: história, realidades, problemas e caminhos. São Paulo: Global; Ação Educativa, 2006.

NASCIMENTO, K. C. et al. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras de Envira. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 319-127, abr./jun. 2009. Disponível em: < http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2010.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2015.

NEILSON, D. Making Home Birth Safer in the United States Through Strategic Collaboration: The Legacy Health System Experience. **Birth**, [Berkeley], v. 42, n. 4, p. 287-289, Dec. 2015. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12202/epdf>>. Acesso em: 20 nov.2016.

NOGUEIRA, A. T. O parto: encontro com o sagrado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 122-130, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a15v15n1>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2002. 142 p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14978.pdf>>. Acesso em: 20 jan.2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Resolution adopted by the General Assembly on 18 November 2013**. Proclamation of the International Decade for People of African Descent. New York, 2013. Disponível em: <http://decada-afro-ONU.org/en/events/africandescentdecade/pdf/A.RES.69.16_IDPAD.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2016.

_____. Eliminação do racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerâncias correlatas: a implementação completa da Declaração e do Programa de Ação de Durban. **Proclamação da Década Internacional de Povos Afrodescendentes**. 19 dez. 2013. New York, 2013. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/img/2014/10/N1362881_pt-br.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Brasília, DF: OPAS, USAID, 1996.

[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1083987/mod_resource/content/1/recomendacoesOMS_2016.pdf]. Acesso em: 7 dez. 2016.

PATAH, L. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 185-194, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1759.pdf>>. Acesso em: 7 dez. 2016.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, S.. A Dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Rev. Bras Anesthesiol**, Campinas, v. 61, n. 3, p. 376-388, maio-jun., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf>>. Acesso em: 3 dez.2016.

PIMENTA, D. G. et al. El parto realizado por matronas: una revisión integradora. **Enfermería global**, Murcia, v. 12, n. 2, p. 482-493, abr. 2013. Disponível em:<<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.2.156451>>. Acesso em: 20 dez.2014.

PINTO. A. R. et al. (Org.). Quilombos do Brasil: segurança alimentar e nutricional em territórios titulados. **Cadernos de Estudos: Desenvolvimento Social em Debate**. Brasília, DF, n. 20, 2014. ISSN 1808-0758. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/cadernos_de_estudos20.pdf>. Acesso em: 3 dez.2016.

PORTO, A. A. S.; COSTA, L. A.; VELLOSO, N. A. Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. **Rev. Ciência e Tecnologia**, Rio Grande do Sul, v.1, n.1, p. 12-19, 2015. Disponível em: <<http://revistaelectronica.unicruz.edu.br/index.php/CIENCIAETECNOLOGIA/article/view/284>>. Acesso em: 18 jan.2017.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO (PUC-Rio). **Parto humanizado em tempo de maternidade naturalista**. 2011. Cap.3. Disponível em: <http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0912460_2011_cap_3.pdf>. Acesso em: 27 jan.2017.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; PEREIRA, A. L. F. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 105-110, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4003/2772>>. Acesso em: 27 jan. 2017.

PRIORE, M. D.; AMANTINO, M. (Org.). **História do corpo no Brasil**. São Paulo, Editora da UNESP, 2011.

RATTNER, D. et al. ReHuNa: a rede pela humanização do parto e nascimento. **Rev. Tempus Actas Saúde Col.**, Brasília, DF, v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010. Disponível em: <<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/849/812>>. Acesso em: 27 jan. 2017.

REIS, J. J. **Presença negra, conflitos e encontros**: Brasil 500 Anos. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000.

REUNIÃO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO - ANPED, 36, 2013, Goiânia. **Anais eletrônico...** Goiânia: ANPEd, 2013. Disponível em: http://www.anped.org.br/sites/default/files/gt21_3099_texto.pdf . Acesso em 12 abr. 2016.

REZENDE, C. B. Imaginando o bebê esperado: parentesco, raça e beleza no Rio de Janeiro. **Etnográfica[online]**, Portugal, v. 20, n. 2, jun.2016. Disponível em: <<http://etnografica.revues.org/4258>>. Acesso em: 02 Set.2016.

REZENDE, M. **Ginecologia e obstetrícia**. 12. ed. Guanabara Koogan, 2011.

RIBEIRO, F. B. “Mas elas são de outro planeta?” Sentidos do parto em questão. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 9., 2010, Florianópolis. **Anais...**[online]. Florianópolis, 2010. p. 1-10. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278285893_ARQUIVO_Textocomplet_oFBR-ST27.pdf Acesso em: 27 Jan.2017.

RIBEIRO, F. O Estado Novo Varguista: repressão e ditadura, por quê? In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA: Políticas, cultura e narrativas na América Latina, 7., 2015, Maringá. **Resumo...** [online]. Maringá, 2015. p. 1777-1790. Disponível em: <>. Acesso em: 20 dez.2016.

RIBEIRO, M. Relações raciais no Brasil: aproximações teóricas e históricas. In: **Políticas de promoção da igualdade racial no Brasil (1986-2010)**. Rio de Janeiro: Garamond , 2014. p 40-76.

RODRIGUES, D. P. et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, out.-dez de 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2016.

SAMPAIO, A. R. et al. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v.25, n.2, p. 281-290, jun. 2016.

SAGAR, P. L. **Transcultural nursing theory and models**: application in nursing education, practice and administration. New York: Spring, 2012.

SAWAIA, B. B. (Org.). **As Artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2010.

SEIMA, M. D. et al. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985-2011. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 851-857, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a27v15n4.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

SENA, C. D. et al. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 523-529, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3365/pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M.; Souza, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à Criança. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a16v14n4.pdf>>. Acesso em: 15 out.2015.

SILVA, J. M. O. **Significado da gravidez para adolescente quilombola um olhar etnográfico da enfermagem**. 2012. 184 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/handle/ri/11060>>. Acesso em: 5 set. 2016.

SOUZA, V. S. Por uma nação eugênica: higiene, raça e identidade nacional no movimento eugênico brasileiro dos anos 1910 e 1920. **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 146-166, jul.-dez. 2008. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Sp8qrXgsP94J:www.sbh.org.br/arquivo/download%3FID_ARQUIVO%3D74+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 8 out.2015.

STOLL, K. et al. Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy. **Sex. Reprod. Healthc.**, Amsterdam, v. 8, p. 49–54, 2016.

TAVARES, R. C. O sentimento de pertencimento social como um direito universal. **Cad. de Pesq. Interdisc. em Ci-s. Hum-s.**, Florianópolis, v.15, n.106, p. 179-201, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1984-8951.2014v15n106p179/pdf_7>. Acesso em: 26 dez.2016.

TEIXEIRA, N. Z. F. et al. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.12, n.1, p. 27-35, jan./mar., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n1/03.pdf>>. Acesso em: 22 jul.2015.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev. Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972.pdf>>. Acesso em: 7 dez. 2016.

VALENTIM, R. P. F.; TRINDADE, Z. A. Memórias Sociais da Gravidez e do Parto entre quilombolas do Sapê do Norte/ ES. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 3, n. 2, p. 55-61, jul.-dez. 2011. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/103/183>>. Acesso em: 7 dez. 2016.

VAN DER SAND, I. C. P. et al. Produção do conhecimento em enfermagem à luz do campos sociais e do espaço quadripolar da pesquisa: um exercício reflexivo. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1187-1196, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/38.pdf>>. Acesso em: 14 out.2015.

VELHO, M. B. et al. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 652-659, jul.-ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/23.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-466, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a26v21n2.pdf>>. Acesso em: 21 dez.2016.

WAGNER, M. Confessions of a dissident. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGEANT, C. (Ed.). **Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives**. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1997. p. 366-395.

WELLER, W. A atualidade do conceito de gerações de Karl Mannheim. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 25, n. 2, p. 205-224, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v25n2/04.pdf>>. Acesso em: 6 dez.2016.

WERNECK, J. Nossos passos vêm de longe! movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo In: VERSCHUUR, C. (Ed.). **Vents d'Est, vents d'Ouest: mouvements de femmes et féminismes anticoloniaux** [en línea]. Genève: Graduate Institute Publications, 2016. p. 151-163. (gerado el 13 octubre 2016 [online]). Disponible en Internet: <<http://books.openedition.org/iheid/6316?lang=de>>. ISBN: 9782940503827 [versão online]; ISBN: 9782940415168 [versão impressa]. DOI: 10.4000/books.iheid.6316.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Safe Motherhood: normal birth care: a practical guide**. Geneva, 1996. 53 p. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-11959>>. Acesso em: 20 jan.2017.

ZATTI, V. O contexto filosófico do Iluminismo e a centralidade da autonomia na filosofia prática de Kant. In: _____. **Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. 83 p., p. 18. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=l2YIIoc6BeQC&oi=fnd&pg=PA1&dq=iluminismo+kant&ots=f-CxXRtjex&sig=HJAe8O3ymIBR4wrlxYqqr-0uRE#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 21 jan.2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Eu, tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntária do estudo **O PARTO DE MULHERES QUILOMBOLAS: contribuição para o cuidado congruente**, recebi da aluna de mestrado em enfermagem, Enfermeira, Especialista em Saúde da Mulher, Sr(a). Sandra Taveiros de Araujo, da Escola de Enfermagem e Farmácia – ESENFAR – da Universidade Federal de Alagoas, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o estudo se destina a obter conhecimento sobre as experiências de mulheres da minha comunidade que tiveram partos normais para melhor compreender as nossas necessidades de cuidados a saúde na hora do nascimento de nossos filhos.
- 2) Que a importância deste estudo é a de procurar entender nossas necessidades e formas de cuidar da mulher quilombola na hora do parto, respeitando o desejo e a cultura de todas as mulheres.
- 3) Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: conhecer as crenças, os saberes populares e as práticas de cuidados que realizamos no momento do parto das mulheres quilombolas para aplicar no cuidado de enfermagem à mulheres quilombolas.
- 4) Que esse estudo começará em uma semana após a assinatura deste documento e terminará em março de 2016.
- 5) Que o estudo será feito da seguinte maneira: serei convidada a participar de momentos de conversas sobre saúde e, em outro momento, entrevistada pela pesquisadora que gravará meus depoimentos, em um aparelho que irei conhecer antes para me acostumar com o mesmo. As entrevistas poderão acontecer mais de uma vez, mas, que todas às vezes serão agendadas com antecedência, respeitando os horários livres que tenho, podendo se prolongar por um tempo entre 10 à 60 minutos. Depois as gravações serão ouvidas pela pesquisadora e copiadas, retornando para que eu confirme se está de acordo com o que falei. Por fim, das minhas falas serão identificados os pontos importantes para discutir na área da enfermagem. Os resultados finais da pesquisa serão apresentados a mulheres, gestores e profissionais de saúde da minha comunidade e também a pesquisadores da área da saúde e enfermagem.
- 6) Que eu participarei das seguintes etapas: nas atividades de educação em saúde, rodas de conversa, nas entrevistas e na confirmação das informações transcritas.

- 7) Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: ficar inibida no momento das entrevistas, estranhando os instrumentos de gravações, alterar o ritmo de algumas atividades do meu cotidiano, ter que repetir entrevistas caso seja necessário.
- 8) Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: improváveis, pois não serão realizados nenhum procedimento invasivo, mas que lembranças da(s) experiência(s) vividas poderão ser dolorosas despertando sofrimento psíquico e/ou psicossomático.
- 9) Que deverei contar com a seguinte assistência: caso ocorram qualquer problema de saúde serei encaminhada e assistida por profissional competente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS, sendo responsáveis por ela :a pesquisadora Sandra Taveiros de Araujo e sua Orientadora Enf^a Prof.^a Dr^a Jovânia Marques de Oliveira e Silva.
- 10) Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: relacionados a uma contribuição da ciência da enfermagem para uma assistência direcionada a mulher quilombola que vivencia o parto e que respeita a nossa cultura: crenças, valores, saberes e práticas.
- 11) Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: pesquisadoras e alunos de enfermagem do grupo de pesquisa que as mesmas fazem parte - Grupo de Estudos, Enfermagem, Saúde e Sociedade (GEESS) – realizarão visitas regulares a comunidade, semanalmente, e, havendo necessidade poderão ser antecipadas. Durante essas visitas e o ou algum ente familiar deverá informar quaisquer necessidades de assistência a minha saúde que julgue pertinente e relacionada a pesquisa. Casos mais urgentes poderão ser comunicados por telefone celular ou e-mail das pesquisadoras que serão disponibilizados, constando inclusive neste termo.
- 12) Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- 13) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- 14) Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- 15) Que o estudo não acarretará nenhuma despesa para o participante da pesquisa, assim nada receberei e também nada pagarei para participar do estudo.

16) Que a pesquisa tem o compromisso com a justiça, o fazer o bem, evitar o mal e respeitar a autonomia das pessoas envolvidas. Assim, procurou-se minimizar todas as possibilidades de causar danos, porém diante de casos imprevistos que venham me trazer prejuízos relacionados ao estudo me serão garantido o direito a indenização.

17) Que eu receberei uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Finalmente, tendo eu compreendido, perfeitamente, tudo o que me foi informado, sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e **DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.**

Endereço d(o,a) participante-voluntária

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sra.

Domicílio: (rua, praça, conjunto)

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Cidade Universitária - Maceió - AL, CEP:57072-900

CONTATOS: sandra_taveiros@hotmail.com

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
Prédio da Reitoria, 1º Andar, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
Telefone: 3214-1041

Maceió,

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

APÊNDICE B – DIÁRIO DE CAMPO

Data: 10/04/2015 – 1ª Visita de aproximação

Hoje foi minha primeira visita à Comunidade de Remanescente Quilombola Muquém. Vimos na VAN da UFAL, junto ao grupo de pesquisa GEES. Fui apresentada à enfermeira e demais membros da equipe da Unidade Básica de Saúde.

A UBS é ampla, tem estrutura física bem preservada, consultórios são razoavelmente amplos e claros. A equipe parece ser bem acolhedora.

Procurei me informar sobre o número de famílias cadastradas pela UBS, pois trabalham com a ESF. Disseram-me que no momento estavam com 187 famílias cadastradas, nestas existiam aproximadamente umas oito gestantes.

Saímos a pé da UBS para visitar a comunidade, a fim de informa sobre um grande projeto a ser desenvolvido, traçando o perfil epidemiológico da comunidade – projeto esse sob a coordenação de minha orientadora, com recursos CNPq. Na oportunidade, observo que todas as construções estão dispostas em formas mais ou menos circulares, isso me chamou atenção e me inquietou para conhecer as razões. No momento não tinha respostas.

A comunidade passava por uma deficiência no abastecimento de água, faltava há três dias. Razão pela qual as aulas foram suspensas neste dia. Isso possibilitou adentrar ao ambiente interno da escola. A construção era bem conservada, tinha aspecto de nova, também a forma circular. Possuía um pequeno roçado onde as crianças, em dias normais, tinham aulas sobre plantio. A escola aceitava alunos na faixa etária entre 2 anos e meio até 15 anos de idade.

Seguimos para casa da artesã local, lá fui apresentada à família. Todos muito simpáticos e acolhedores. Apesar de estar com dor no joelho e no tornozelo, fez questão de nos acompanhar até o galpão do artesanato, onde abrindo uma sala que servia para guarda de suas peças, mostrou parte de suas artes. Pela primeira vez escutei a história da enchente do rio Mundaú, que em 2010 devastou a parte baixa da comunidade. A artesã contava ao tempo que mostrava sua arte em cerâmica que retratava a forma como pessoas ilhadas haviam se protegido da enchente buscando abrigo na copa de uma jaqueira. A senhora artesã, produzia muitas artes denominadas “Cabeça de Muquém”, era a mais procurada por visitantes e compradores. Argui sobre as razões pelas quais as cabeças tinham começado a ser produzidas, segundo ela as pessoas procuravam com a finalidade de pagar promessas.

2ª visita – 13/11/15 – Aproximação

Visita com o grupo de pesquisa GEES na UBS que estava realizando várias CCO em virtude da procura espontânea das mulheres por conta do recadastramento do Bolsa Família. Passei a ajudar coletando 06 citologias, apenas na primeira houve participação, digo, observação de 01 aluna, 02 delas recusaram que a mesma permanecesse no consultório.

Nos atendimentos identifiquei 02 mulheres menopausadas (vivenciando) o climatério e 02 adolescentes – uma aos 15 anos já tinha um filho de 1 ano (18 meses) e a outra havia provocado 01 aborto – ambas estavam fora da escola.

Dentre as mulheres mais velhas, 01 delas me chamou a atenção, pois relatou que teve 03 filhos, o mais velho, digo o mais novo, estava com 19 anos e 01 deles havia nascido em casa, desse parto quase “morreu”, pois, apresentou sangramento.

Percebi, então, que outra forma de aproximação seriam as atividades do GEES nos atendimentos às mulheres na UBS.

3ª visita de aproximação

Prevista para a coleta de dados sociodemográficos, sem sucesso – mulheres não compareceram. Ocupei-me de outras formas de aproximação:

- Feito aproximação com a equipe da UBS – Registro contato da agente de saúde Adeola e do administrador do posto saúde.
- Reprogramado atividade para próxima semana.
- Visitado área de lazer – Rio/Jaqueira que salvou 55 vidas, sendo 01 gestante durante a enchente – Fotos câmera de acad. Enf. Cícero.
- Visitada casa da artesã D. Irineia – Patrimônio vivo da Cultura de Alagoas.

Pontos Importantes:

Crenças/valores: mulheres menstruadas não podem tocar o barro na escavação – senão todas as peças esculpidas deste barro rompem-se no forno.

Durante a conversa com equipe de saúde foi, emergiu, o tema da violência doméstica contra mulheres na comunidade.

Acordado com GEES que no próximo encontro prepararemos uma sessão de vídeo com linguagem apropriada para abordar a temática da Violência Doméstica em uma sessão pipoca com 20 pessoas.

4ª visita de aproximação 11/03/2016

- Realizado atividade de Ed. em Saúde com exibição do 01 documentário que aborda a violência doméstica contra a mulher, através de filme + pipoca.

Participaram deste momento eu e Leticia (UFAL) + equipe de saúde da Unidade Básica e 18 mulheres da comunidade.

Foi um momento de interação, porém as falas das mulheres da comunidade ainda se davam de forma tímida e pouco participativa. (Fotos no meu celular).

- Visitado D. Etana – artesã da comunidade que me mostrou a peça em Barro moldado, que mostrava a cena de um parto normal, com a mulher assistida por parteira na comunidade, retratando suas memórias mais remotas na forma de arte. (foto no meu celular).
- Conversado com profissionais de saúde da UBS sobre a atividade em uma breve avaliação – positiva – e solicitado sugestões para próximas rodas de conversa – ficamos de intercalar 01 roda de conversa sobre temática de Saúde da Mulher e outra com temática sobre saúde da criança.
- PS: ao final do filme distribuído em uma mesma cesta bombons de chocolate e preservativos – foi observado que apenas 04 mulheres pegaram preservativos, 02 dessas verbalizaram não utilizar, por não gostar ou ter resistência do parceiro. Verifico necessidade de abordar temática sobre IST na relação sexual.

5ª visita de aproximação – 22/04/16

- Devido ao feriado de 21/04 não houve agendamento de atendimento da UBS.
- Solicitei a técnica da UBS registro oficial de famílias cadastradas no E-SUS. Dados complementados por informações no Sistema da Sec. Municipal de Saúde, obtidos neste mesmo dia, a saber:
 - N° de famílias cadastradas no Muquém.
 - N° de mulheres p/faixa etária.
 - Gestantes cadastradas
- Agendado, após visita domiciliar a 1ª entrevista para produção de informações – D. Etana – para dia 29/04/16, às 14h.

Dia: 29/04/16 – Aproximação

Exame CCO – consulta de Enf. em ginecol.

- ⇒ Realiza atendimento a 4 mulheres, tendo identificado 01 que atendia aos critérios de inclusão e exclusão. Formalizo convite sumarizando do que trata o estudo.

Dia: 06/05/2016 – Aproximação

Coleta de CCO de:

- IMMM – 56 anos (1504191)

GIII PNIII A0 – histerectomia parcial.

Residente em União/Paraibana (excluída)

- ⇒ Acrescentar ao critério de exclusão; percebi que nem todas as mulheres atendidas na UBS eram residentes no Muquém. A ESF abrangia áreas que não pertenciam a CRQM.

- AHG – 64 anos – (1503046)

GXIV PNXIII AI

Residente a 02 anos da comunidade quilombola (excluída)

- CFS – 35 anos (1503093)

GII PCII A0

Residente em Taquari (excluída).

Dia 05/07/16 - Visita – entrevista 2

Fui comunicada por colegas do GEES que, durante atividades do grupo de pesquisa, uma mulher foi convidada a participar e concordara em ceder entrevista. Passaram-me o contato telefônico do filho. Conversei com a mesma e agendamos para este dia.

Tratava-se de ML, porém a mesma não atendia ao critério de inclusão de ser nativa do Muquém. Vivia na comunidade após a enchente de 2010. Não tinha origem quilombola.

Entrevista suspensa, após esclarecimentos e agradecimentos.

- ⇒ Visitada UBS e conversado com a equipe que ajudou a identificar algumas possíveis colaboradoras. Realizada visita em domicílio de algumas candidatas, tendo sido agendadas 06 entrevistas.
- ⇒ À tarde deste mesmo dia entrevisto a Sra. CLN no galpão de artesanato. Próximo ao local outras mulheres, vizinhos, conversavam, enquanto crianças brincavam.

Entrevista transcorreu sem maiores problemas. Comunidade como um todo estava preocupada com a falta de energia em muitas casas, pois não haviam pago conta de energia e, por isso, havia sido cortada pela companhia de energia de Alagoas.

⇒ Ainda pela manhã foi agendado junto à equipe de UBS, uma Roda de Conversa para o dia 15/07/2016. – 9h – sobre “Parto Natural”.

Dia 08/07/16

Fomos à comunidade em um carro próprio, não houve liberação de carro pela UFAL. Acompanhamos 02 alunas do GEES que auxiliaram nas entrevistas, preenchendo formulário socioeconômico, com equipamentos de multimídia e outras formas de apoio.

Manhã:

Entrevista 3: Sr^a MJS.

Também é funcionária da UBS-apoio. A entrevista foi realizada na própria UBS – local de preferência da participante. Muito colaborativa, houve momentos de muita emoção ao lembrar da mãe, já não mais vivia.

Entrevista 4 – Sra. RDN,

Conforme agendado, pego a colaboradora em sua residência e nos dirigimos à escola – fechada – e depois ao galpão do artesanato para execução da entrevista. Acai informou que quase não conseguiu dormir pensando nesta atividade. Conversamos um pouco, procurando deixá-la mais tranquila e após leitura e esclarecimento de TCLE e termos de cessões, seguiu-se à entrevista. Houve a preocupação que não houvesse nenhuma correlação com benefícios sociais da família relacionada à pesquisa – reforço que não há nenhuma relação. Entrevista transcorreu normalmente, embora tivemos que fazer uma pausa por conta da baixa carga da bateria da câmera – carregada e retomada a atividade.

Na tarde deste mesmo dia:

Após o almoço, retornamos à comunidade para continuação das entrevistas e tentar novo contato com a D. MN – a Sra. mais idosa da comunidade. Havia tentado na visita anterior agendar com a mesma, mas estava descansando no horário que a procurei – após o almoço. Fato que nos chamou atenção, pois, percebemos o hábito da “cesta” em várias casas da comunidade.

D. M^a das Neves concordou em ceder a entrevista embora referindo não lembrar mais de muita coisa. Filho e nora presentes concordaram com a entrevista. Aos 92 – 93 anos de idade D. MN de fato parecia inquieta, distante em alguns momentos, algo impaciente. Ainda assim, colocava fatos com lucidez. Sinto necessidade de interromper a entrevista, com sentimento de que poderia ter muito mais a contribuir, mas, não neste momento... parecia incomodada com o filho por estar alcoolizado, fato confirmado pela mesma que refere que este filho tem lhe causado preocupação com esta atitude.

Saindo da casa de D. MN visito D. IRN que se encontrava muito ocupada com os afazeres domésticos e em seu ateliê. Mesmo assim, faz questão de nos receber e enquanto dava acabamento em suas peças, nos concede alguns esclarecimentos sobre a entrevista anteriormente realizada – filmamos os esclarecimentos para colocar junto a 1^a entrevista de D. IN. (entrev. 1-A)

Entrevista -6

Seguimos para a casa de “N”, com a entrevista agendada para esta tarde, a mesma se encontrava na porta de sua casa, sentada olhando as crianças que brincavam (filhos e neta).

Preferiu ir nos encontrar no galpão do artesanato, tivemos dificuldades pela hiperatividade das crianças, mas após preenchimento dos instrumentos, nossas alunas apoiadoras se ocuparam das crianças, levando-as para brincar um pouco mais distante e pudemos realizar a entrevista.

Mais uma vez, surge a preocupação em garantir que a pesquisa não iria influenciar nos benefícios sociais recebidos – esclareci mais uma vez que não havia nenhuma correlação.

Sem mais problemas, iniciamos a conversa.

Fim de tarde, retornamos à Maceió. Na estrada de volta para casa, tristeza de presenciar acidente automobilístico com uma vítima fatal.

Dia 15/07/2016

Visita à comunidade

Manhã – 9h-12h – Roda de Conversa

Participaram: gestantes + outras mulheres + equipe de saúde da UBS (03 ACS/01 odontóloga/02 TE/02 ag. Adm.).

Colaboradoras: alunas do GEES – Laíze e Cinthia.

Tema: sentimentos sobre “o parto” e o Parto Humanizado.

Chegamos pontualmente à UBS para o início da atividade planejada.

A princípio formamos uma roda e pontuamos qual o objetivo da atividade, dando a ideia geral do porquê estávamos ali.

Seguimos com dinâmica de apresentação com acompanhamento de uma música “Peneirei o fubá” onde de forma lúdica a apresentação do grupo se deu com leveza, quebrando o gelo e possibilitando a aproximação nossa com o grupo da comunidade.

Foram dispostos sobre o banco de madeira, longo, diversas tarjetas com nomes de vários sentimentos que imaginássemos poder sair no grupo, também algumas outras tarjetas brancas, marcadores permanentes, cola e tesoura. Ao centro da roda, estendido no chão um papel craft servindo para a construção de um cartaz onde todos do grupo, de forma voluntária fosse até o banco, escolhesse 01 tarjeta e apresentasse porque aquela havia sido escolhida – a orientação era para que pegasse a tarjeta que contivesse um sentimento que ela considerava relativo ao parto (que tinha relação com o parto). Foram feitas várias rodadas da mesma atividade, até que o próprio grupo não mais expressou desejo em continuar. Saíram tarjetas que continham: dor, medo, Deus, vida, alegria, morte, desrespeito, vínculo, carícia, ansiedade, companheirismo, filhos, amor, solidão, raiva, violência... esta atividade foi complementada com a discussão sobre parto humanizado, a rede Cegonha e seus desdobramentos em direitos das gestantes e parturientes a um parto seguro; sem violência, menos intervencionista, práticas desaconselhadas na prática obstétrica e também sobre a possibilidade de referência prévia/ conhecida pela gestante.

O fechamento da discussão se deu com um filme que trata das fases clínicas do parto e do seu mecanismo. Finalizamos com um lanche de confraternização e agradecimento, seguido de 01 avaliação final com 01 só palavra.

Sorteio de brinde + lanche.

Saímos da UBS felizes, pois atividade teve muito sucesso e conseguia visualizar, aproximar mais de meu objeto de estudo.

Tarde:

Realizada a 7ª entrevista com a D. VN, que se passou em sua residência. Muito solícita. Figura marcante por seu jeito alegre. Bastante falante, trouxe muitas contribuições para o estudo. Só aí me dei conta dos laços de consangüinidade existente entre as famílias, pois ela nos revelou seu parentesco com todas as outras mulheres entrevistadas até o momento, que carinhosamente se cumprimentam como comadres.

Dia 19/08/2016

Entrevista de D. S

Chegamos ao Muquém por volta de 9h da manhã, vimos em carro da UFAL – eu, minha orientadora e duas alunas do GEES.

Havia feito contato prévio com filhos de D. S para agendamento (confirmação).

Entrevista transcorreu sem maiores problemas, apenas alguns pequenos contratemplos de passagens de transeuntes locais (crianças que voltavam do rio), aluna da UFAL que coletava dados para um TCC de graduação, atrapalhou um pouco, pois provocou pequeno barulho, próximo ao local.

Chovia ao final da entrevista. Recebemos visita de um pessoal do INCRA, técnicos que faziam avaliação para melhorias na comunidade – saneamento.

Dia 10/09/2016

Visita à comunidade acompanhada por 02 estudantes de enfermagem no grupo CNPq. Chegamos por volta de 10h40 inviabilizando coleta de dados do CNPq. O atraso se deu por inobservância de horário dos alunos atrasando a saída da VAN do Campus UFAL. Revi a agenda de entrevista. Contatei D. LG (Filha da Parteira) que informou ter em sua mente uma oração que sua mãe fazia durante a assistência ao parto. Disse ainda que outras haviam se perdido na enchente do rio. Consentiu em ser entrevistada, ficando agendada para 14 horas da próxima segunda-feira. Também indicou entrevistar sua vizinha D. Mv – pois ela, na ausência de socorro/transporte, faz assistência ao parto na comunidade. Fui até a casa de D. Mv, a primeira vez não estava, casa vazia, retornei depois de visitar D. IN e família, e consegui agendar também para manhã de segunda-feira.

Na casa de D. IN a mesma acompanhada de suas 02 filhas e neta, esculpia. Queixava-se de dores articulares, estava sendo acompanhada na UBS. Incentivamos para que D. IN fizesse alguma prática de atividade física supervisionada, que ocorre duas vezes na semana, gratuitamente, na própria comunidade. Sua filha puérpera estava “bem”, na conversa descontraída conta como foi à procura por maternidade. Com a intenção de apreender as experiências de parto mais atuais convido-a (MaN) a conceder entrevista, a mesma consentiu e também foi agendada para próxima segunda-feira as 8h da manhã. Retornamos à UBS e após agradecimentos, voltamos à Maceió, chegando por volta de 13h40 no Campus AC. SIMÕES.

Dia 12/09/2016

Havia agendado entrevista com a filha da parteira e com sua vizinha, de mais idade, que SIC da filha da parteira, sempre ajudava sua mãe e, por isso, ainda hoje, havendo necessidade conseguiria prestar cuidado a uma mulher da comunidade que estivesse parindo.... não conseguimos entrevistá-las, pois a filha da parteira não atendia critérios de inclusão (ser nativa da comunidade) e a sua vizinha, por não se sentir bem no momento, tinha pedido para adiar. Parecia inquieta e indisposta. Não insisto.

Ainda assim, a filha da parteira, muito solícita, apresentou os terços que sua mãe utilizava quando ia assistir a uma parturiente (foto em câmera de celular). Também recitou uma oração, a única que se recordava dentre as que sua mãe utilizava (escrita abaixo), todos os outros pertences que sua mãe utilizava foram levados pela enchente do rio em 2010.

“Reza Padre Nosso completo”

“... Minha Santa Margarida,

Nem estou prenha, nem parida

Tira essa carne podre de dentro da minha barriga”

(L G)

Seguimos para casa de D. IN, entrevistar sua filha MaN – puérpera, melhor recém saída do puerpério. Fomos muito bem acolhidas e a entrevista se passou sem maiores transtornos. O excesso de cansaço me levou a dificuldade de concentração.

Dia 20/10/2016

Sexta-feira, dia comum de atendimento na UBS. Visito a comunidade, juntamente com 02 alunas do GEES. Iniciamos com a reentrevista de MJS, onde levo a 1ª versão de textualização para ela validar, ao passo que tiro algumas dúvidas de pontos que não havia ficado claro ao longo da transcrição. Tudo filmado. Não houve discordância das informações contidas, porém, a mesma, pede para “retirar as repetições, o que já é garantido”, seria revisitado texto na fase seguinte e “limpado” os excessos, conforme possibilita o método adotado.

Havia pouco movimento de usuárias na UBS. Seguimos para entrevistar a puérpera N, 19 anos, a pouco mais de um mês de seu parto. A entrevista se passou na sua residência, em virtude da dificuldade de removê-la para outro ambiente devido ao cuidado com a sua RN.

Ainda na UBS fomos notificados de que N, andava um pouco apreensiva com a amamentação – apresentava dificuldade na acomodação do RN – posicionamento, porém a mesma informou

que já havia superado e que sua filha, estava em ALM exclusivo. A bebê dormia tranquilamente, aparentemente bem cuidada. Mãe mostrava-se muito atenciosa e amorosa. Entrevista transcorreu tranquilamente.

Neste mesmo dia, pego na UBS, todos os termos de cessão de falas da Roda de conversa sobre o parto de mulheres quilombolas, autorizando seu uso para publicação – obtivemos anuência de todos os participantes. Neste mesmo dia submeto artigo a Revista Saúde e Soc.

Ao término da visita à N, intervalo para o almoço, visito a casa da mãe de E (ACS), pretendendo agendar entrevista, entretanto verificamos que a mesma apresentava estado de saúde delicado, com importante déficit auditivo, referia que cansava com facilidade por estar com problemas cardíacos e renais. Desta forma aplicando os critérios de exclusão do estudo, verifico a impossibilidade de participação da mesma no estudo.

Retornando à Maceió, chegando por volta de 15h, em carro próprio.

Dia 08/11/2016

Terça-feira visito a comunidade Muquém para apresentar entrevistas textualizadas a quatro mulheres previamente comunicadas, digo, as visitas foram agendadas. Foram elas: MS, Ma, RN e N. Cheguei a comunidade às 10h20, fui em carro próprio e durante as visitas estava desacompanhada. Chegando ao local, primeiramente, dirigi-me até à UBS, cumprimentando a equipe e comunicando minha estada no campo. Na sequência procurei pelo filho de D. MN, a fim de que o mesmo tomasse ciência e desse seu consentimento para utilização da entrevista da mesma. Ainda que lúcida, respeitando a forma como a família trata os assuntos relacionados à D. MN – o filho tem o cuidado de verificar tudo e todas as propostas que afetam sua mãe. Entretanto, não encontro o mesmo em casa e, mais uma vez, converso com sua esposa, a mesma que presenciou a realização da entrevista.

Em seguida vou até a casa de Ma, que acabava de chegar do rio Mundaú, onde tinha ido tratar galinha para o almoço, visto que estava faltando água encanada em toda a comunidade. Percebo que estava muito atarefada, em cuidar de seu filho, preparava-se para amamentar e banhá-lo. Combino para retornar após, deixando-a a vontade para reagendar, se necessário.

Vou até a casa de D. MS que já me aguardava. Havia adiantado seus afazeres domésticos, embora ainda precisou da ajuda da filha para terminar seu almoço. Pediu para irmos até a casa de sua filha, vizinha, na mesma rua, assim ficaremos mais tranquilas, sem interrupções. Ali mesmo, li toda a textualização, retirei algumas dúvidas, sendo tudo filmado. Ao final a mesma autoriza, valida o conteúdo.

Retorno à casa da Ma, a família se reunia para almoçar, gentilmente fui convidada, ao que educadamente recusei. Ma prefere conceder entrevista, digo, validar a construção textual, visto que também aguardava pelo esposo para almoçar. Esse momento foi bem descontraído, divertido, transcorreu tranquilamente e ao final, Ma validou o documento. Neste momento fui informada que a irmã de N, cujo a próxima visita seria desta mulher – para validação - havia dado, digo, parido há poucos dias. Fico animada para visitá-la também.

Retiro-me da comunidade para almoçar em União, retornando uma hora após. Dirijo-me a casa de RN, a mesma concordou em validar o documento textual produzido, após leitura de todo este. Também foi gravada-filmada. Sem maiores intercorrências.

Obs.: antes da entrevista a Dona RN, percebendo que o centro ecumênico estava aberto, dirigi até lá e fotografei o ambiente interno. Algumas mulheres se reuniam, mas, percebendo que se tratava de assuntos relacionados à associação de moradores, resolvi não adentrar neste. Agradei e me retirei do ambiente.

Por fim, procuro a casa de N, ainda fico confusa, pois todas as casas são muito semelhantes. Tenho ajuda de uma vizinha que me acompanha até lá. No caminho comenta que a irmã de N, R, teve bebê há exatamente sete dias e que por está razão a avó da criança tinha ido levar a bebê para acompanhamento (consulta com o pediatra), pois, “não podia sair mãe e filha no 7º dia” “se uma sai a outra deve ficar...”

N nos recebe com sua bebê nos braços e um sorriso na face. Feliz contava que sua irmã também havia tido bebê. Entramos e como a mesma consentiu fizemos a validação do material construído após leitura, devidamente filmada. Nesse momento chega sua mãe com a sobrinha de N, filha de Rafaela, nos braços, vindas da consulta de moto táxi... surpresa comento, mas... não me acho no direito de adentrar mais no assunto, visto que isso faz parte da cultura deste povo, sendo uma forma de lidar com a escassez de transporte no local deve ser repensada, mas, de forma mais reflexiva e interativa, propondo uma possível repadronização.

Ao término da visita a casa de N, deixo a comunidade e vou até a Maternidade Santa Catarina em busca de informações sobre seu histórico e a partir de quando havia se tornada referência para as mulheres quilombolas. A pessoa que, mais provavelmente, teria tais informações não havia comparecido neste dia. Consigo o contato telefônico com a mesma, que me passa seu e-mail para otimizar mais o diálogo. Reforça, entretanto, que está no serviço há 20 anos e desde então sempre essas mulheres foram atendidas nesta maternidade.

Retorno para Maceió às 16h10, agradecida por mais um dia produtivo.

APÊNDICE C – TEXTO TRANSCRIADO – MALAIKA

Eu me mantive calma! Não queria que fosse cesáreo de jeito nenhum!

Meu nome é **Malaika (Anjo)**, eu tenho 19, cor preta, união estável com o pai da minha filha. Nasci e fui criada aqui no Muquem, com 17 anos fui para o Mato Grosso, mas já vai fazer um ano que voltei.

Não planejei ter filho, aconteceu! Depois foi desejada. A primeira é essa, faz um mês dia 19! Não tive aborto.

Cheguei a fazer seis consultas de pré-natal, aqui mesmo, no posto. Recebi orientação sobre o parto normal. A médica falou que: era pra mim sempre ficar calma; que não era nada disso também, que o povo falava; que tinha dor sim, que toda mulher sente dor, mas, não era como o povo falava de jeito nenhum... Como vocês, também, explicaram tudo direitinho, na roda de conversa. Todo mundo falando ali as coisas, o que fazia e o que não fazia... prá mim ali foi excelente! me serviu e muito!

Minha mãe me ensinou a como amamentar direito... E como a cuidar da bebê. Já me ensinava a trocar fralda, dar banho nela.... a gente tem uma boneca! Eu já tinha a boneca já! Até agora ela tá me ensinando. Tou sorrindo assim porque acho engraçado.

Quando a minha bolsa estourou era umas nove horas... era claro igual água! Fui prá União, cheguei lá tava com 1 cm. De lá me mandaram prá Maceió. Eu dei entrada nesse hospital, não sei se foi uma hora da madrugada... Foi uma coisa assim! No começo foi um pouco difícil, porque cheguei no hospital, o médico fez o toque em mim e disse que a minha gravidez era de risco! Foi! Me examinou e disse que era de risco. Eu também tava calma, mas quando o médico falou que era de risco... fiquei com medo... nossa! Fiquei muito triste... comecei a chorar... preocupada com a minha filha.

Chegou lá o médico disse: não vai ser aqui! Aí me encaminhou lá pra o Hospital de gravidez de risco. Foi primeiro, prá Maternidade Céu Estrelado me encaminharam... ai me encaminhou pra lá! Cheguei lá comecei a vomitar. Tomei medicamento, eu nem lembro qual, ninguém me explicou... foi! Fiquei no soro e me deram uma injeção.

O médico me atendeu, um excelente médico. Ah... eu não sei nem o nome dele! Ai quando cheguei lá, que ele me examinou direitinho, disse: ela vai ficar aqui! Ai eu fiquei e ele sempre lá indo no quarto que eu tava, me acompanhando direitinho!

Só as contrações que são ruim! Oia, sei não, as contrações... eu não sei não! Não senti tanta dor assim! Que o povo fala, que o primeiro filho a mulher sente muita dor, sofre demais... O povo falava muita coisa! Dizia que a mulher sofria demais, que tinha umas que nem aguentava, que ia pra ser cesáreo... e eu não senti! Não! Pensava, tinha medo, mas, eu num fiquei com muito medo por causa disso. Pra mim não! E eu tranqüila... porque eu não queria que fosse cesáreo, se a minha pressão subisse ia ser cesáreo né!? eu me manti calma! Não queria que fosse cesáreo de jeito nenhum!

Eu me alimentei sete horas da noite! Depois não comi nada! Nem água! nada! foi...até a hora q nasceu, não senti fome ou sede. Eu andei ainda um pouco... não teve nada disso de bola, cavalinho, não! Nada!

Quando chegou lá, não foi nem 10 minutos, a menina nasceu! ela nasceu de 03:28 da madrugada! oia foi muito rápido! ainda fiquei em um quarto lá esperando dilatar. Ai quando dilatou foi que eu fui pra sala de parto, foi! Não demorei nem meia hora na sala esperando... quando cheguei lá foi num instante.

O parto foi normal! Nossa prá mim foi bom! Eu queria que fosse normal! Foi com uma médica bem novinha, agora o nome dela eu não me lembro não! A posição foi normal! Que nem quando as mulher vai... eu não sei não, fico rindo porque tou envergonhada... deitada! assim inclinada! isso! as pernas... pra cima! Tinha um ferro prá botar as pernas. Na hora, isso nem me incomodou, você nem pensa nisso, não! Ainda pegou alguns pontos, porque lacerou mesmo! Minha mãe ficou o tempo todo, ajudou bastante.

Ela nasceu com 35 semanas e um dia. Tava bem calminha! não precisou fazer nada com ela. Foi uma alegria, nossa... fico emocionada, por isso estou com olhos cheios de lágrimas. Colocaram assim que nasceu... nossa... quando o médico colocou ela pertinho de mim! foi uma alegria tão grande! Nossa foi uma emoção tão grande... tava! coladinha no corpo... foi o mais marcante! Até agora, fico emocionada quando falo. Depois pegaram ela, limparam ela... depois me limparam também!

Não fiquei deitada. Já depois de me alimentar comecei a andar, que o médico mandou! Assim que cheguei no quarto, chegou uma enfermeira... foi, mandaram... Tomei banho. Minha filha só mamou lá no quarto. Oia, fico até rindo agora... quando ela mamou!? Oia... é, foi dolorido! Um pouco incomodo! Mas, depois me acostumei... tô amamentando! Gosto. É bom.

Depois eu fiquei um tempo lá que ela ficou meio amarelinha, passamos 13 dias no hospital, prá depois receber alta! 13 dias! 13 dias passei no hospital! Eu tava de alta!

Amamentava! Eles me ensinaram a: como amamentar corretamente, como dar banho nela.. essas coisas assim... No começo lá, foi difícil pra mim também, nessa questão assim... porque os pontos ardia muito! porque os meus pontos caíram lá mesmo...

O povo aqui no Muquém tem um costume de dizer que mulher depois que tem filho num... num pode comer comida gordurosa, essas coisas assim para não prejudicar o bebê, pra não dar cólica, essas coisas! Minha comida aqui só era arroz branco, feijão, sem nada de verdura! Salada e só suco, carne de boi, essas coisas assim! Minha mãe não me dava com medo... porque o povo sempre diz aqui, não coma essas coisas porque dá cólica! não, não! Achava que comer só isso não faz mal a saúde não, mas agora eu fui me consultar com a médica e ela mandou...

O sangramento chegou aqui em casa já parou também... Eu tenho feito de tudo agora... já... No início era um pouco difícil ainda, não conseguia fazer tudo... Tinha ajuda da minha mãe e minha irmã. No começo quando eu cheguei em casa foi um pouco difícil, pra cuidar dela, pra me alimentar e pra fazer as outras coisas sozinha pra mim, foi difícil! Porque tem a outra também, minha irmã ta grávida, e ela coisa muito, fica passando mal, vomitando, ai só minha mãe pra cuidar de mim e dela, ai fica uma vez com ela, uma vez comigo, e é assim...

APÊNDICE D – TEXTO TRANSCRITO – TISHA

Nos seis filhos que eu ganhei em casa, dentro do quarto era eu, a parteira, minha sogra e meu sogro.

Meu nome é **Tisha (determinada)**, tenho 52 anos. Eu sou da raça negra, mais assim branca, né! Porque, meu avô era galego, por isso que o povo chamava, quando eu era mais nova, também de galega, porque eu era da cor do meu avô. Não puxei a cor do meu pai. Mas, assim a pele tá mais prá um moreno claro, né?! Sou casada. Eu tinha uma faixa de uns dez pra onze anos quando minha mãe morreu. Eu me casei com dezoito anos, em fevereiro de 82. Naquela época assim, eu não tinha, assim, o conhecimento de método de evitar. Acontecia... quando vinha... eu sabia que era prá ficar grávida, as minhas gravidez era assim. A minha menstruação não descia, os trinta dias do resguardo, era os trinta dias que eu via, porque era um ano de um pro outro. Dia 12 de novembro de 82, nasceu **Chinedu** (primeiro filho). **Lulu** (Uma pérola) é de 27 de dezembro e **Mardea** (Última) é 28 de dezembro do ano seguinte. Aí, nasceu **Chinedu**, depois outro menino... aí era assim... um ano... Depois, quando, completava os quarenta dias, aí eu não via mais. É. Era um ano, passava assim. Eu não engravidava logo. sabe!? Mas, quando eu engravidava eu não sabia pra quando, não... Era durante a gravidez. Eu ficava grávida e não sabia que tava, porque na época que eu engravidava eu via minha menstruação, assim... no resguardo, um mês, trinta dias, depois parava, e eu engordando... Aí já via, minha sogra dizia: - Não! - tu tá é grávida. Eu digo: - tô não. Quando pensava que não, a barriga. Engravidar era bom, é! Mesmo de tudo... de toda agonia... que é o momento, né!? Eu não tive nenhum aborto. Todos nasceram de tempo certo, foi tudo normal, tudo direito. Acho que fica lembranças fortes dos nascimentos dos filhos, quando a gente olha e vê que hoje, meus filhos, não são uns mininos que dá disgosto a mãe.. É bom, porque os filhos que eu tive hoje, eles me dá, assim, prazer né!? me dá alegria! O que eu fiz por eles, eles estão retribuindo. Existia médico, mas não tinha esse acompanhamento de pré-natal não. Assim, eu ia no médico quando era necessário quando precisava, mas, ir assim como tem hoje... que eu lembre, na minha época não. Hoje em dia tem mais facilidade prá você acompanhar. A gente quando via que estava grávida, ia se cuidar. Porque trabalhar a gente trabalhava em casa, na roça... quando tava perto a gente já ficava na expectativa, não pegava peso... a alimentação era aquela, era normal. Depois era esperar! Era, que eu lembre, mais específico não... Acontecia relacionamento entre o casal durante a gravidez, mas só, que tinha o momento. Usava outro

método, fazia de outra maneira. Mas, assim, prá dizer... tem relação quando tá perto. Não! Aí quando tava já pesado mermo, entre o casal... não tinha... Eu não... não tinha experiência nenhuma. Né!? Eu pensava o que ia acontecer na hora. Como ia ser. Sempre pergunta os mais velho como era. Eles ia... elas ia conversando. E, assim, com a ocasião... com as roda de conversa de pessoas.. de mulheres conversando, sempre uma dizia uma coisa. Sempre soltava uma coisa. Uma dizia: - você na hora de... você só vai saber na hora de ter! Aí vai saber da dor! Tinha as coisa que as pessoa dizia que fazia medo. Mas, a gente tirava aquilo. Aquela sensação de medo. Eu Acho que quem fazia o medo era nós mesmo. No momento... Eu fiquei sem a minha mãe logo cedo, era orientada pela minha minha sogra. Essa minha sogra, ela já tinha experiência, aí orientava as noras, principalmente eu... Quando tava perto, quando chegava o tempo, ela dizia: - oia se você sentir alguma dorzinha, diga! Ela dizia as datas... ela fazia as conta, assim nos dedos como estou mostrando agora, ela dizia: - oia é prá tal dia, prá tal tempo! - Aí quando começava as dores, ela já tinha dito que era prá nascer. Ela orientava era porque ela já tinha experiência né!? Mas, as dores não era coisa... A gente pensava que era uma dor de barriga. Levava algum tempo, a gente ficava, sabe!?. Dizia, eita cumi aguma coisa e me fez mal, mas, num era. Não era tanto na barriga, as minhas dores era mais atrás, começa nas costas. Aí quando tava perto da criança nascer, que você via que a dor voltava prá barriga, no momento de ter. Ar minhas era essa. Aí depois quando apertava, já chamava a parteira. Meu sogro ou meu marido ia chamar ela, que era uma vizinha que eu tinha. Era uma senhora de idade, mas era uma ótima parteira. Ela vinha e observava... que ela conhecia. Eu ganhei meus sete filhos tudo com ela. Eita! Agora assim, lembrar de horário, que ela vinha, de tanto meninos, eu não me lembro... é que tinha vez que passava a noite, ou se não, o dia todo. A hora que viesse, eu só sei que ela só saía quando deixava já pronto lá tudo. Orientava, fazia movimento... é... fazia massagem na barriga, prá dá conforto, essas coisas... Também, ela ia fazer os procedimentos que hoje os médico faz. Era, o que assim, sempre ela pegava na barriga, olhava embaixo como era que vinha... que ela dizia, sempre ela dizia assim – olha tá coroando - ela falava, mas a gente não sabia o que era - mas que realmente já era pertinho... aí nascia... Era uma ótima parteira. Agora que era assim, ela ia olhar que o menino vinha de posição diferente, quando ela via que a criança não ia nascer em casa, ela mandava ir pra união, pro hospital. Ela já conhecia. A parteira sempre era como a pessoa assim, orientada mesmo. Quando a gente ia ela dizia: ói tá hora você... tá hora! você vai ganhar!...Acertava. Esperava, não ficava examinando (tocava), ali ela conhecia... É como hoje em dia: você vai pra o hospital, né? Aí é... como ele diz: tá com cinco... tá com dez... E eles lá vai sabendo, ali

quando é o momento de ter!? Ela sabia. E quando ela dissesse oi não vai dar pra ganhar em casa tem de ir pra o hospital, aí já levava. Ela tinha a experiência dela, não esperava tanto pra você ficar em casa sofrendo pra depois mandar não. Teve uma vez só que a placenta não veio. Ela esperou, esperou, esperou... mandou eu ir prá União, aí chegou lá os médico tirou a placenta e aí, vida normal. Ela orientava logo, tomar banho antes que as dor começa... fazia a higiene antes de quando começava as dor. Já tomava banho, já se limpava, tudinho, raspava...e já ficava esperando... já pra ficar, como é que diz, limpa durante esse tempo. No momento das dores, a parteira fazia simpatias e essas coisas. Ela colocava o chapéu do esposo na cabeça da gente, do marido ou do sogro; fazia as reza dela né, que só ela mesmo sabia... Era, as orações que ela fazia só quem sabia era ela. A experiência da dor é uma só, porque, a mesma dor que a gente sente para ter uma mulher é a dor de um homem. Eu não era assim pessoa de sofrer muito pra ter. A dor do homem ela é mais uma atrás da outra e a mulher já era mais descansada, dava uma dor hoje, quando você estava descansada aí vinha outra. A experiência que eu tive foi essa. Do primeiro, que foi minino, eu não sofri tanto, dos outros, quase tudo, foi tudo normal. Era assim, porque realmente era as dores, as dores... dependendo do filho, do minino, né!? Como o disse, a mulher... a mulher era uma dor hoje, outra amanhã. Já os homens era uma dor atrás da outra. Eu não comia nada. Nem água bebia. Também, não era assim prá andar como hoje... o que ficava era só pertinho da cama porque qualquer coisa já estava perto, já ficava ali na cama esperando o momento, esperando a hora. A gente ficava deitada, só com um pouco isso aqui mais alto, com a cabeceira mais alta, não era muito alta não. Só que levantasse mais isso aqui, os ombros, onde estou pegando agora. Na hora de nascer, a gente deitava, colocava travesseiro nas costa, aí agente ficava deitada, com as pernas... ela mandava a gente deitar colocar as perna pra cima pra fazer... Já tinha mulher que ganhava seu filho em pé; tinha mulher que já era em cima, sentada num... colocava um banquinho, ficava, encostava na... colocava assim aqui encostava na... na cama. Ia depender da pessoa que ia ter o filho. Vai depender da pessoa. A preocupação da parteira era que na hora que vinhesse a gente enfrentasse, porque, tinha pessoa que quando vinha as dor fechava as pernas. Ela já ficava ali na frente, já orientando. A gente tinha de fazer força mesmo. Quando a gente enfraquecia das força, a parteira pedia ajuda do marido, de algum homem prá qualitar suas força. Sempre ela dizia: - quando a dor vim, não suspire pra cima que... que o menino sobe; quando a dor vim faça força, e deixe que é num instante... - mas ali vai depender, não é só da parteira. Vai depender de nós. Sabe!? É isso! As vezes quando pensa que não, o menino nascia. Nos seis filhos que eu ganhei em casa, dentro do quarto era eu, a

parteira, minha sogra e meu sogro. Tava toda hora meu sogro e minha sogra. Ele, meu sogro, assistiu os seis parto, só não o de Mardea que eu ganhei em Maceió. Meu marido não ficava, assim...porque ele... não sei porque ele... ele era novo...coisa... não ficava né!? Aí quem ficava era meu sogro. Como ele já tinha experiência da esposa, né!? Que ele acompanhava a esposa, aí também foi comigo. A parteira pedia que ele segurasse minha barriga. Eles não... é... sentava e ficava dando massagem, essas coisa. Tinha vez que ele sentava na cama e colocava... eu encostava nele... aí, aí quando tinha filho e precisava fazer movimento, ele fazia, né?! Só depois que passava uma hora, uma hora e meia que a gente tomar um copo de água. Aí a pessoa já ia, fazia um pouquinho já, um café, pra gente tomar. Essas coisa era assim na minha época. Já ficava deitada, não era acostumado andar... orientava a gente que quando ganhava era três dias sem colocar os pés no chão. Depois de três dias se levantava, mas, não colocava o pé no chão. Sempre era na sandália direto. Ainda mais um paninho amarrado na cabeça pro...E também assim, pra tomar banho que nem hoje... a mulher que ganha, ganha agora e depois que se levanta já vai pro banheiro tomar banho... não era assim não. Agora só que depois do resguardo, a gente contava o dia que a criança nascia quando completava um mês, trinta dias, aí contava mais dez dias ou quinze, pra poder ter um relacionamento. Aí é por essa época que eu digo que não via a minha menstruação. Era até também o meu sogro e o mais velho que dizia ao meu marido, que eles ia conversar. O pai dele conversava com ele, dizia: - se você quiser sua mulher com saúde, só pode depois de quarenta dia. Depois que eu ganhei a penúltima filha, eu tive um problema de garganta, aí eu fui pro médico, ele começou a conversar comigo e perguntou se eu queria me operar. Pediu o exame, de sangue, e eu não estava grávida, foi ...e eu também não sabia. Quando ele cortou, tava uma criança... aí ele só fez costurar, fez costurar porque não podia operar, né!? Mas, não me disse que eu estava grávida, só mandava ir, e acompanhar, acompanhar, acompanhar. Quando ele viu que eu tava recuperada, avisou que eu tava com uma criança. Foi que nasceu Mardea... de lá prá cá não tive mais, já ta com 26 anos. A gente ganhava em casa, só não Mardea, num era pra mim ganhar em casa. Tinha parteira, mas, é que em tudo que eu me operei, a médica que tava acompanhado, já me orientou ganhar no hospital. Também, foi tempo de final de ano, a maternidade aqui tava pintada. Foi na época quando eu fui, pra Maceió e Mardea nasceu normal. Eu fui, cheguei de madrugada, no outro dia vim mimbora. Dois dias... Na experiência que eu tive em Maceió, eu não lembro o horário realmente que eu cheguei, não fiquei muito tempo não, mas, me colocaram e eu fiquei sozinha no quarto, lá só... Vieram chegar quando a Mardea tava perto de nascer. Eu só lembro que o médico

chegou e disse: - eu vou esperar até quatro horas da manhã se ela não... - fazia a cirurgia. Eu me perguntava por que não vai ser normal? Mas, eu sabia que tinha feito a cirurgia... tive medo. A gente sente sempre medo num momento desse, né!? assim... dá um pouco de medo. Mas, graças a Deus ela veio e nasceu normal. Antes das quatro Mardea nasceu, não precisou da cesariana. Neste momento, a gente se pega muito com Nossa Senhora do Bom Parto. Acho que é amoleto de cada uma mulher. Não sei pras outras, mas pra mim era! Pedia muito a ela pra ter uma hora boa, que você ganhar e ficar bem, não ter complicações. . Era com o que eu me pegava. Eu sei que a gente sofre, né!? De ter. Depende da mulher e também dependendo o momento. Mas assim... o parto normal... o parto normal é assim, eu acho que é gostoso. O parto normal sempre é gostoso, porque é ali, você tá sabendo que tá colocando ali pra o mundo ali, um ser. Quando o primeiro filho nasceu... quando eu vi o primeiro filho... lembro no momento de alegria que dá... que dá esse momento. Aí tá a experiência.

APÊNDICE E – TEXTO TRANSCRIADO – AYOMIDE

Eu tinha medo meu Deus do céu! Como era o parto? Eu tinha tanto medo! Não sabia o que ia acontecer!

Meu nome é Ayomide, tenho 66 anos, cor morena. Vivo com meu marido, casada! 15 vezes eu fiquei grávida.... um atrás do outro! um atrás do outro! Tome! Tome! Minha fia, era o jeito! Acontecia, porque, nunca tomei remédio; nem tomava chá; e nunca me operei. Quando um já tava durinho no braço, já tava grávida de outro, aí quando um já tava grandinho, o outro nem completava ano e já vinha outro... quando um completava um ano o outro nascia. Era uma coisa, quando completava ano eu já tava grávida de outro, meu pai! Aí parou, graças a Deus! Só tive um aborto, o resto sustentou. Aí ói, morreu cinco, tenho dez. Nunca fiz pré-natal não, não! Não vou dizer né?! Porque, nesse tempo... antes, não tinha esse negócio não! Veio ter agora! Nunca fiz não! Tomava assim vacina, que a gente ia pra o posto, nesse tempo, só prá tomar vacina. Ah! o primeiro parto não foi nem aqui... não, foi em São Paulo! Quando eu vim de volta já trouxe outra gerada na barriga, já nasceu aqui! Que digo, aqui não! lá no outro muqué m baixo, na beira do rio, nós morava lá! E na maternidade eu só tive uma vez, o resto foi tudo em casa! A minha menina foi nascida em São Paulo, a primeira! Foi somente ela que nasceu no hospital! lá em São Paulo! E eu tô sabendo mais meu amor: dos primeiros... foi difícil! Porque lá eu não tava com a minha família, se tivesse acho que o dengo era mais, do primeiro, nera não?! Mais, só era a minha cunhada e a vizinha prá me apoiar, naqueles tempos, do primeiro, a pessoa não sabia de nada... Senti mesmo! Porque tava longe da família... depois, foi feliz! Só teve lá, a vizinha e a minha cunhada! Eu tinha medo meu Deus do céu! Eu tinha tanto medo! Quando eu fui prá o hospital da primeira vez...eu tinha medo meu Deus do céu! Era minha fia, eu tinha medo... Eu pensava assim: ou meu Deus como era o parto? Meu Deus do céu! Como é isso? Não sabia o q ia acontecer! O primeiro não foi muito bonzinho não! Porque você vai lá pra o hospital, vai lá pra cama, aí, aquelas enfermeiras e aqueles doutor não dar... não tá com a gente direto... não tá toda hora assim, não! Só vai na hora do parto mesmo! Que nasce: - “chega nasceu” - ai eles corre! Ave Maria! Quem foi comigo prá o hospital foi a vizinha e o meu marido. Ela ficou o tempo todo comigo. Depois a gente telefonou e a minha cunhada veio! Eita meu pai! Minha vizinha que era danada. Ela dizia: - “oia Ayomide é assim, é assim, é assim... tu fica aí... bota aqui... que o Doutor vem já!” Eu dizia: - “ou mulher como a é?” - Ai ela dizia é assim mesmo, é assim

mulher, deixa que o médico vem já! Ela me deitava, alisava eu, pegava assim minha barriga e dizia: “é assim mesmo... é assim Ayomide! Fica ai mesmo!” Ela me cobria... oxe! depois que a minha cunhada chegou lá... já estava nascida com a menina no braço. Ou minha fia, eu estou lembrando que na hora do parto, foi numa cama, foi, e que eles diziam assim: - “ói bote suas pernas aqui e a outra aqui e faça força! ” Agora acho engraçado, por isso sorrio. Eu peguei ponto da menina! Não sei se porque cortaram ou se não, só sei que tinha uns pontos! Agora, só foi da primeira! A experiência do parto, minha fia, eu acho que na hora foi bom, todos foram bom... Só que do primeiro! Dos primeiros meu pai! prá nascer?! Do primeiro é ruinzinho! Ixi Maria! A dor do primeiro foi mais... ah meu Deus do céu! Eu... ficava aperreada, mas, depois me acostumei, graças ao meu Deus! Em casa, quando a dor vinha, eu mandava chamar a cumade, a parteira. Era meu marido que ia buscar ela! Ela morava pertinho, morava para aquele lado de lá! E tinha outra pertinho de casa! Era três parteiras na comunidade, agora não tem mais não! Gostava de todas... Quando uma tava assim ocupada, não podia vir, dizia: “vá chamar a outra”, já vinha e quando aquela outra já tava ocupada, já vinha uma, que era uma tia, que morava na beira da pista. Hoje não tem mais nenhuma... Elas já eram de idade, morreram! Era muito bom, minha fia, as parteiras que tinha aqui, ai se acabou tudo! A cumade não fazia nada de toque prá examinar, mas ela só dizia assim: “oi cumade agora não vai nascer não!” Não sei como sabia, não. Ela chegava, aí antes de nascer, pegava um cordãozinho - como um Rosarinho que as parteiras tinham - e rezava uma oração. Elas tinham uma oraçãozinha, um cordãozinho que botava assim no pescoço da gente, um vinha pra aqui, prá frente e o outro vinha assim prá costas – onde tou mostrando, agora. Ela dizia que era prá dar mais força, prá dar coragem... depois ela tirava, quando nascia o bebê! Tinha vez que tomava logo um banho, porque se nascesse já estava limpa! Aí a cumadre fazia um chá, dizia que era prá mim tomar, porque se eu tomasse eu ia ver a criança nascer. Era, ela fazia muito chazinho prá nois... Ela passava a mão assim na barriga da pessoa - “vai cumadre! vai cumadre! tá passando cumade?” - Pegava uma sementinhana crua de cebola branca, que vende na feira, e fazia assim, na barriga da pessoa, massageando, como faço agora, em mim. Quando ela balançava assim a barriga... O menino chorava. Ela dizia: “nasceu cumadre, é uma mulher” pronto, tinha cuidado... Ah! tinha vez que eu me alevantava um pouquinho, me acentava, ai quando vinha aquela dor forte ela dizia: - “te deita cumade... não deu hora, quando der a hora desse bebê nascer... Deus sabe a hora que ele vem. Aí, eu deitava a dor vinha passava um pouquinho, quando ela vinha ela dizia prá deitar de novo... Andava dentro de casa, ela, a parteira, pedia prá ficar deitada e chamar quando desse a hora, quando doesse.

Aí, quando vinha aquela dor bem forte, eu dizia - “ou comade!”- quando ela chegava lá o menino chorava... ela dizia: “tá vendo cumadre”. - Lembrando dá vontade de rir assim, como tou fazendo agora. Na hora de nascer, ficava na casa comigo a cumadre e as vezes a minha mãe, minha sogra... Meu marido não, ele saía um pouquinho, só ficava mulher. A parteira pedia para deitar, cobria com um pano, com um lençolzinho. Colocava a perninha assim, afastadas e prá cima, ela pegava a gente assim pelo ombro, passando por baixo dos braços, levantava assim e ficava um pouquinho, assim, meio empezinha, verticalizada, na cama, como tento mostrar agora! Eu achava essa posição boa, era assim que nascia! Eu era ligeira pra ter meus filhos, tinha vez que não dava nem fuga dela chegar em casa que o bebê já estava nascido... Quando dizia prá chamar a parteira, quase toda vez que ia atrás dela, quando ela chegava o menino já estava nascendo. Era uma coisa, visse! Eu só custei de um dos meus filhos... em casa, não sei porque, uma demorou um pouquinho... Tinha umas mulheres que custava prá ter o bebê, começava a dar aquela dorzinha, depois parava... Acho que meus filhos não demorou muito não pra nascer. O meu menino homem mais velho, eu tava em pé quase nasce no chão, se eu não tivesse corrido... Eu tava com o pé na porta do quarto, quando deu a dor nos quartos que eu gritei – “ou mãe! Corre mãe! A minha barriga doeu!” - Quando deu aquela dor que eu disse – “Eita meu Deus do céu! Ou meu Deus do céu! Chega mãe! ” - ai quando ela chegou, disse que já era o menino que tinha nascido. Minha fia, quase cai o menino! A minha sogra se abaixou rápido... o menininho já tinha nascido. Mesmo depois que nascia, tinha que chamar a cumadre - como era que a pessoa ia ganhar neném sem a parteira vir? - Vinha pra ajeitar nois. Ela trazia um cordãozinho, aí ela media o tantozinho da tripinha do bebezinho, tirava uma quantidadezinha e ficava o umbiguinho... Ela limpava nois assim... tirava os panos, ela limpava, ai nois vestia a roupa e ficava lá! Limpava e eu me deitava! Meus partos era bom! Porque tem mulher que assim... dizem que tem o parto que não vem com tudo! Ainda fica, né?! e tem outro que quando poca a bolsa prá o neném nascer, ai pronto tem delas que já vem... Nos meu quando era prá o bebezinho nascer, vinha com tudo! Pronto! A parteira dizia: - “ói minha cumade eu vou balançar, porque é pra sair, ficar limpa!” – apertava um pouquinho na barriga, como mostro agora... Ai a pessoa fica limpinha! Ai ela ajeitava nós, lavava nós e pronto! Depois eu ficava me lavando toda noite! Também tinha que chamar a parteira prá ajeitar o bebezinho, cortar o umbiguinho dele, lavar aquela sujeira dele. Chegava, só era ajeitar ele, dava um banho assim, passava um pano, tinha vez que ela passava o paninho, ela dizia: - “ oia cumadre deixa passar umas horinhas, mais tarde dar banho nele” - não era assim logo, de repente não! Depois do banho, amarrava um paninho no

bixinho e eles ficava bem durinho... Vestia ele, botava ele lá! Naquele tempo a gente não coisava o umbiguinho da criancinha com álcool, com essas coisas não. Lavava, enxugava e botava um pozinho. O resto foi tudo normal! Tudo certinho os meninos! Foi tudo bem! Do menino mais velho, era forte! Bonito visse! ele era bem forte... Era, meus bebezinhos nascia lindinho... A que nasceu no hospital... lembro que minha vizinha dizia: - “ tá vendo que eu disse a tu que era assim! que era bom! Oia aí! já tá com a menina no braço, chorando” - Eu acentada na cama, com a menina no braço! Em casa a parteira, deixava a gente ficar com ele no braço, dava, ai fazia cama, ficava assim pertinho deu! Ela dizia: “oia cumadre já dá o peitinho pra ele puxar”... Depois de tudo, pegava a... não jogava não... a parteira mandava: - “oia cumpade faz um buraquinho e bota essa...” - fazia assim um buraquinho, cavava um buraco e enterrava, butava, pra não deixar atôa. Porque não podia ficar atôa prá o povo ver, né?! Também no hospital, quando vem... no hospital coloca naqueles baldes né?! A sujeira! Ficava assim num cantinho, no terreiro, ai colocava, eles cobria... pronto! Ninguém sabia e ninguém via, que não ia deixar um parto de uma mulher prá todo mundo ver! Nem podia os bichos comer, podia não! Ela falava que não prestava não! Agora eu não sei porquê, só sei que ela dizia que não podia deixar fora não!

Do mesmo jeito foi com o aborto que tive... Eu acho que foi um medo que eu tive... um sustozinho.... eu não sei o que foi não! Só sei que, quando eu cheguei em casa, já cheguei com uma dorzinha na barriga e num instante nasceu... Era uma menininha. Não deixaram comigo não, enterraram numa encruzadazinha. Já conhecia já que era uma menininha, porque dizem que a menina é uma bolinha... É, mulher é uma bola e o homem já é cumpridinho! A parteira conhecia quando era uma mulher! Ela conheceu que era uma mulherzinha! O cuidado do aborto?! Tive sim, Ave Maria! Meu Deus! Era o mesmo cuidado dos outros... porque a minha mãe e a minha vó dizia, que era melhor a pessoa ter o neném, do que ter um aborto... Ela dizia: - “oie minha fia, é melhor a pessoa, fazer nascer um menino do que a mãe abortar um filho”. Não sei porquê, ela dizia, né?! Ai depois a parteira usava um taquinho de pano, como uma fralda... e atacava a gente com um pano pra não ficar muito barriguda! Ela atacava nois! Dizia: - “oia vou te atacar pra não ficar barriguda, feia, que é muito feio uma mulher barriguda com o bucho quebrado!” É mesmo, têm umas mulher que ganha neném, fica com uma barrigona, que a pessoa pensa que é outro neném! Acho tanta graça, por isso fico rindo, assim. A comida, quando tava de resguardo, era normal! Assim: carne; peixe; não, qualquer um, aquela pescada assada; galinha! Porque, a cumadre da gente, a que pegava o neném, dizia prá não comer isso, não comer aquilo! Dizia prá deixar prá comer de tudo, aquelas mulher das

idades, que o médico já tá perto, aqui, minha filha, é longe! Não deixava a gente comer alface, essas coisas assim... Não comia batata... Só comia feijão depois de 15 dias. A minha mãe e a minha sogra tinha cuidado, na comida da gente. Matava a galinha, assava na brasa, eu comia arroz, só não macarrão porque não gosto! Minha sogra cozinhava aquele frango bem gordão, mexia aquele pirão com farinha, fazia aquilo bem gostoso! Quando ela entrava lá prá dentro dizia: - “ tu já comeu?” - Ela trazia aqueles tacho de frango, outra bacia de pirão mexido, gostoso! Eu comia tanto no mundo... eita, que eu já comi frango gordo! Sorrindo agora porque era muito engraçado! Eu pedia prá minha sogra e ela me dava muito caldo que era pra chegar leite prá os meus bebê mamar. Quando tinha o bebezinho era leite direto! Eu tinha o menino, ficava grávida de novo e ainda tinha leite, dos 15 meninos, nunca secou! Minha fia, era tanto leite que eu puxava o leite, puxava assim em um negócio, naquelas bombas assim... puxava o leite, enchia a bacia e os meninos não vencia o leite! Nunca secou o meu leite! Era um leite forte! Sadio! Mode não jogar meu leite, eu pegava e jogava nos panos sujos, quando ia lavar. Ai depois secou que eu não tive mais, né?! Depois que nascia, tinha umas vezes que ficava deitada, tinha umas que ficava sem paciência e se alevantava logo. Tinha delas que passava três dias na cama sem se alevantar, nesse tempo que doi... Eu não saia da cama não, que elas não deixavam! Eu me deitava! Ficava deitadinha, passava uns dois dias, nesse tempo passava uns dois, três dias deitada. Não andava no sol... Eu não ia nem no rio que elas não deixava, só depois de um mês ou quinze dias. Ficava só dentro de casa, fora não! Em cima da cama... Não andava não! Agora, tinha muitas que não esperava não! Elas dizia que não tinha paciência de tá deitada. Também não adoecia não! Só de uma menina que eu fiquei meia adoentada! Não sei o que foi... precisou ir no médico de novo, mas, eu fiquei boa! Depois dela nasceu mais cinco, eita meu pai! - Acho graça, por isso que fico rindo assim.

APÊNDICE F – TEXTO TRANSCRIADO – ETANA

De todos partos a gente sofre, pois de todos temos que padecer! Minha preocupação era que viesse em boa hora, bom tempo.

Tenho 69 anos, sou morena clara, casada pela segunda vez há 38 anos. Engravidei 11 vezes, foram dez partos e um aborto, eu tive quatro com o primeiro, mas não que eu quisesse. Dos primeiros, eu não vivia bem, vinha... mas, não era a favor da minha vontade, assim mesmo tive quatro filhos, pois, quando a gente é casada, já viu, né? O marido procura e se a mulher não aceitar... já vai botar coisas diferentes no meio... jogar piadinhas... Agora, quando a pessoa vive bem, sem ter raiva um do outro, as coisas são diferentes, é mais por amor. Os seis últimos filhos que tive com o pai dela (aponta para filha ao lado, do casamento atual) foi de boa vontade, acho até que se não tivesse operado, ainda hoje tinha filho pequeno. Quando eu conhecia que tava grávida, aceitava, só pedia a Deus que viesse na hora certa. De todos que engravidei, meu desejo era que viesse em boa hora, em bom tempo, eu nunca tomei chá de palha de alho para destruir nenhum. Tem mulher que toma uma coisa e outra e termina doente. No tempo dessas meninas que está do meu lado (aponta para filha), não existia Pré-Natal, a coisa era diferente, não era como hoje. Dos mais novos é que ainda fiz, ia ao Posto de Saúde pra tomar vacina, levava pra vacinar, essas outras coisas não tinha não, a gente só tomava vacina. Somente na hora de ganhar, já na maternidade é que fazia exames, para saber como a criança estava. Nas vezes que engravidei, de uns (filhos) sofria mais... mas, é assim mermu. Não era como as mulheres de hoje, que é um entorço, um abuso, não sei o que, ruim de comer... Podia passar... cheirar ou mesmo ver a melhor comida... eu não tinha nada disso não. Hoje em dia tem mulher que é assim: tá grávida, vai passando na frente de uma casa, ver aquela comida cheirando, a boca enche d'água, algumas chega até perder, porque tem vergonha de pedir. Minha preocupação era que viesse em boa hora, bom tempo, em paz. Era isso que a gente esperava, Deus ajudasse, naquela hora não ter embaraço, né?! Teve uns (partos) que eu sofri bastante, passava dois, três dias sofrendo para ganhar, tinha outros que tinha dor em um dia, no outro já nascia. A última eu passei 18 dias internada antes dela nascer, das outras vezes não, passavam os nove meses e pronto. Foram cinco partos no hospital e cinco em casa, acompanhada pela assistente – a parteira. Ia prá o hospital quando não tinha a assistente certa pra me acompanhar. Quando via que estava apertando as dores,

mandava o velho chamar à *assistente*. Ela passava uma noite, duas, e só depois quando estava desocupada, ela ia prá casa. Tinha prazer quando passava a noite. Todos (partos) foram experiências boas. A diferença da parteira pra o médico era que ela vinha em casa, fazia o parto, encomendava pra cuidar de tudo direitinho, prá não ficar fazendo doidissa – prá cumprir o resguardo. Já no hospital a gente gostava porque quando vinha de lá, já vinha tudo ok, não dava mais trabalho, e se tivesse alguma recaída no hospital a pessoa estava nas mãos dos médicos e em casa só Deus era quem dava jeito da gente ir para frente. A assistente fazia simpatia: pegava cebola branca esquentava no fogo, mastigava pra fazer massagem na barriga da pessoa. Também com a folha de algodão grande, esquentava e dava massagem para avexar as dores. Tinha ainda a simpatia do remate dos temperos - às vezes tava uma dorzinha maneira (pouco intensa), uma hoje e outra amanhã, fazia um caldo temperado e colocava numa farinha fina, dava para a mulher comer, quando batia dentro, mexia com tudo... a dor aumentava e quando tinha de acontecer...resolvia. Elas também tinham uma mania de fumar, pegava aquele cuspe (saliva), misturava com fumo que ficava no cachimbo e esfregava na barriga da mulher, fazendo massagens que era para quando tava com dor, ajudava. Tinham três assistentes que pegava criança, a comadre **Aja**, outra que morava lá na beira da rodagem, uma que morava aqui na beira do rio... mas, nenhuma tinha curso não. O dom dela era ela chegar naquela hora, fazia um chá prá mulher, dava um esfregamento de folha, mas nunca ouvi falar que fizesse curso não. Quando a criança vinha num momento que não dava trabalho de jeito nenhum ela pegava, fazia tudo direitinho, mas se ela visse que tinha algum problema, aí já mandava a pessoa procurar um médico. Acho que foi o dom dela mesmo de botar-se a pegar a criança, cortar o imbigio, na inteligência dela né? é como eu tou fazendo esse serviço aqui de escultura no barro: um dom que Deus foi quem deu. Dizer assim: vai fazer um curso, aprender com alguém, eu nunca vi dizer que ela fizesse não. Ela, a assistente, pegou ainda uma porção de criança aqui, mas depois ela teve medo. Quando surgiu assim, de mulher ir pro hospital, prá ter filho com os médicos, com as parteiras de hospital mermu, aí elas ficaram com medo – *“homi a gente vai deixar essa profissão que Deus a defenda, morrer uma mulé na hora que ela tiver participando”*. Também o esposo dela disse: *“Adeoga tú tá bom de sair dessas coisas, porque tú não sabe se a mulher corre perigo de vida na sua mão, manda ela ir pro hospital porque sabe lá se tiver em perigo o doutor sabe o quer que vai fazer e você não vai conseguir mais..”* Ela também já tava ficando de idade avançada né? Aí ele (o marido) não deixou. O que eu sei dizer é isso mermu. De todos (partos) a gente sofre, pois de todos temos que padecer, só que alguns mais que outros. Todos os meus filhos eram fortes. Do primeiro

eu quase morri, o menino era forte e eu quase morri. Só via a parteira chamando pelos Santos, pedindo que me desse forças para existir, cheguei a desmaiar, estava passando da hora dele nascer, mas Deus me ajudou e o parto aconteceu. Nasceu doentinho, era um menino forte que fazia gosto. Deu paralisia. Olhando você não via defeito quando colocava em pé o quartinho dele arriava. assim mesmo, ainda viveu 03 anos e 9 meses, depois Deus tomou conta dele. Ele não comia com suas próprias mãos, não falava, nunca andou... no começo ainda sentava mas, depois a paralisia aumentou e só vivia deitado. Pedia a Deus que se visse que ele ia me dar trabalho que tomasse conta dele, entreguei com todo prazer, causa tristeza em falar (olhar distante e entonação de tristeza)

Tive um aborto. Uma vizinha disse: dia de domingo está aparecendo umas jacas tão bonitas na feira, jaca dura, pronto, parece que naquela hora (risos), o bendito menino abriu a boca, ficou esperando que eu comesse. Fiquei esperando, esperando... quando foi na outra semana eu adoeci - isso sem ver a jaca - parece que o cheiro veio todo nas minhas ventas. Fui no médico e ele disse que meu caso era pra perder que não podia nem mesmo me dar nada pra beber. Pensei – **seja o que Deus quiser**. Passei na casa de uma madrinha minha, que falou que ouviu falar que bom para essas coisas era o coco bem maduro, coco seco: *“Você pega o coco, se não puder tirar o suco dele manda uma pessoa tirar e você tome, porque se a criança ainda estiver com vida o coco fortalece, e se não tiver ajuda a botar pra fora”*... Assim eu fiz, pedi pra vizinha tirar o leite do coco, foi mesmo que um purgante, dá repulsa, quando foi com dois dias eu botei pra fora - ajudou, já tava morto. Eu não sabia nem o que era, peguei e joguei fora, depois foi que chamei minha sogra. Depois só foi cumprir o resguardo, não fazer doidissa e pronto, não podia fazer as coisas erradas. Naquele tempo, a gente não sabia nem explicar o que era... (resguardo) porque não é que nem hoje... Depois do parto, durante um mês, a parteira recomendava não ir prá rua... corpo aberto, num tem essa história de entrar espírito ruim? No corpo da pessoa? Eu acho que era isso! Não podia comer comida carregada, andar levando sol, nem sereno, pegando peso... porque a mulher tá com o corpo aberto, se ela quebrasse o resguardo, não ficava com a mesma saúde, ficava com os sintomas, adoecia da cabeça. Prá quem entende... era a recomendação que elas (parteiras) faziam...era essa. Tinha umas que era preciso tomar uma aguardente da Alemanha, acho que ainda hoje vende na farmácia, essa aguardente da Alemanha, pro mode cooperar mais, né?! Diz que é prá limpar resto de parto - essas coisas que ficava por dentro – Sujeira que botava de dentro prá fora. A mulher tomava prá fazer limpeza. Eu procurava cumprir o resguardo direitinho, não descuidava. Tinha aquelas comidas, não comia tudo que vinha. Matava uma

criação, fazia aquele pirãozinho escaldado pra comer dois, três dias... quando ia passando dos dois, três dias já comia aquele pirão escaldado assim, sem botar pra ficar que nem a papa né?! porque o pirão quando ele é todo escaldado ele é mexido, e quando ele é escaldado assim, a pessoa tirava a água do fogo e colocava a farinha e mexia pra ele não ficar muito ligado. Nesse tempo não tinha macarrão, não comia arroz, porque isso ai já era mais difícil da pessoa comprar. Era pra tirar na galinha, quando a pessoa não queria cozinhar, assava um pedaço na brasa pra comer. Era o regime que a gente tinha era esse! Agora eu tive problema no primeiro parto que o homem era meio azuado. Eu não tinha local pra ficar. Era feito cigano, sem pouso... pior que cigano, eu não passava nem oito dias em um lugar. As vezes achava uma casa velha pra ficar, ou dormia no sereno, levava chuva, onde tinha uma moita bem ramalhuda se arranchava pra dormir... só não morri de fome nem matei os filhos porque pedia esmola. Sentia falta de um apoio, um canto pra me viver e criar meus filhos, que isso a gente não tinha...por isso fico triste quando lembro.

APÊNDICE G – TEXTO TRANSCRIADO – TANGELA

Durante toda gestação eu queria parto normal, mas, na hora que eu vi muita dor... o que viesse estava bem-vindo!

Meu nome é Tangela, 30 anos, sou preta, parda mesmo! Tenho uma união estável. Planejei ter esse filho desde dos 25 anos, não tive nenhum aborto, foi a primeira vez que engravidei e eu acho que a última - falo isso rindo mesmo, porque acho engraçado - Fiz sete consultas de Pré-Natal e até o momento de ter o filho, não muda a rotina, vida normal... Comecei na quarta... quarta-feira de madrugada, fui pra o Hospital **Céu estrelado** (consolação) aqui na cidade de União. Fiquei em observação até 11:30 h da manhã e me mandaram de volta prá casa, que eu só tava com dois centímetros de dilatação. Quando foi na madrugada da quinta eu já fui e fiquei! Acho que tive ajuda ai do posto, que ajudaram muito, principalmente, quando eu voltei do hospital, já passei direto prá o posto, que era o dia da minha consulta, dia 13, de pré-natal. Passei até umas duas horas lá com Afya (Saúde), marcando o período das contrações, antes ... ai ela disse: - Tangela tá mais próximo - porque tava em 5 em 5 minutos e aumentando. Ela disse: - se você não aguentar volte par ao hospital. Eu tinha receio de voltar pra o hospital e voltar prá casa de novo, porque de União pra cá era 15 reais de carro e prá tá direto não tinha condições, aí eu disse: eu só vou mesmo quando não aguentar mais! Não tivemos nada! Nenhuma ajuda para transporte do município, tudo pago... mas, a Afya disse: - ói se caso precisar vocês procurem a secretaria... - mas, a secretaria já tem essa deficiência de carro, pra você chegar lá pedindo de madrugada, quem vai dar?! Uma vez, o vizinho aqui foi quem me socorreu, mas a gente teve que pagar também o mesmo valor. E prá voltar a gente voltou de telecarro, 15 reais... Voltei pra o hospital de novo, fiquei até a noite, quando foi por volta de 7:30 não tinha anestesista no Céu estrelado, ai eu tive que ir pra Maceió. Não tive encaminhamento porque não conseguiram vaga pelo CORA, e prá encaminhar tem que ter o CORA, né?! Não conseguiram a vaga, o médico pediu prá que eu fosse prá Maceió, ai a gente foi procurar outra maternidade, já que a gente não tinha encaminhamento. Tive medo... o medo de não encontrar vaga; de não conseguir vaga nos hospitais; de ficar batendo de hospital em hospital. O medo de não encontrar vaga e de acontecer alguma coisa... mas, graças a Deus encontramos, consegui. Só tinha eu e minha irmã na ambulância. Ainda bem que o rapaz da ambulância é uma pessoa ótima, ficou com a gente todo o tempo... ficou! Tive ajuda, muita

ajuda da minha irmã, durante todo tempo ficou comigo, só não viu mesmo ele nascendo, que na hora que ia nascer ela correu pra pegar o celular. Conseguimos vaga no hospital, maternidade de risco habitual, a noite todinha, eu fiquei esperando encontrarem vaga pra mim numa sala de observação, que também estava lotado. Conseguiram uma vaga lá pra gente era umas 9:40h da noite. Daí colocaram na sala do pré-parto, eu fiquei lá até o menino nascer, depois eu voltei pra mesma cama onde eu estava no pré-parto, porque não tinha vaga. Aí, depois que encontraram leito me passaram pra outra sala e foi onde eu terminei de ficar, até o sábado. Logo quando fiquei, a médica já me disse: - vai ficar, agora não tem material pra fazer cesárea, vai ter que ser normal – Porque, ela disse que não tinha material pra fazer cirurgia naquela hora, ai foi onde eu passei a noite todinha até de madrugada...que nessa noite eu não deixei ninguém dormir, eu disse - já que eu não durmo, ninguém dorme! – quando lembro, fico assim sorrindo, achando graça. Eu já tinha um pouco de noção como era, porque, eu já tinha acompanhado as minhas irmãs na hora do parto, eu só não via mesmo pegando, porque eu não tinha coragem... mas, eu fiquei com as duas, a que foi ter gêmeos e a minha outra, tudo próximo uma da outra, foi eu que fiquei com elas nos hospital, mas, a gente só sabe mesmo quando passa! eu ... modificou viu, porque eu pensei que não era tanto assim não... fico até com esse sorriso tímido quando lembro, muita dor... Também, sempre pesquisava na internet como era parto normal, tudo eu já tinha aquela noção de como era, quando ia se aproximando, que todo mês eu perguntava: a gestante em tal período é como? aí vinha aquelas explicações, né?! Aguentei o dia todinho da quinta... não tava aguentando mais, porque, menino, foi uma dor! uma dor pra dez! o povo diz a pessoa esquece a dor do parto... esquece não viu! Não esquece nada! que é uma dor... por isso, que eu não quero ter mais... Não sei como é que tem mãe que todo ano... Minhas dores foram todinhas aqui... dizer que nem mãe, “em cima das cadeiras”, aqui em cima dos quarto, onde estou tocando. Se essas dor que eu senti aqui fosse na barriga, o menino tinha nascido no mesmo dia. Minha fia tem que tem muita fé viu?! Só assim... porque, na hora mesmo da agonia o caba pede tanto por Jesus, pra que venha alguém lhe acudir! Que é um bucadinho... Agora acho graça, por isso fico rindo. Tive sorte de pegar uma médica boa, que estava no plantão naquela noite, me estimulou muito... todo tempo que eu chamava ela tava perto... tava perto as parteiras, as enfermeiras que ficava junto com ela da equipe... Nessa parte tive sorte, acho que não me faltou nada! Porque, depois a outra que chegou para tirar o plantão dela... dava pra se ver que não era tão legal. Na hora pensei “ainda bem que já passei”. Durante toda gestação eu queria parto normal, todo tempo eu queria normal, Eu sempre quis ter ele normal, porque o pessoal

dizia que a recuperação era melhor, mas na hora que eu vi muita dor... o que viesse estava bem-vindo, agora acho graça e fico rindo. Ouxe, aqui mesmo em União já tava certo, já tava pronta pra fazer cesáreo, só que o anestesista não veio ai eu fui pra Maceió! Se tivesse como fazer uma cesárea minha fia... que tirasse!? Porque, eu não estava aguentando mais! A experiência é única, né?! É uma experiência que só eu mesmo posso contar, que tava lá, agora fico rindo, mas na hora... Tem gente que tem aquela dor e num instantezinho o menino nasce, minhas irmãs mesmo, só fez chegar lá e “prufite” o menino nasceu! Embora que não é todas, cada um tem a sua hora, mas eu mesmo sofri dois dias até nascer. três dias pra ter o meu neném! Fiquei a noite todinha, vim ter o neném na sexta, três e meia da madrugada. Já tinha sentido muitas dores mesmo. A minha experiência não foi uma das melhores, mas, todas tem que passar, né?! Eu já não tinha mais força pra nada. Eu queria normal mesmo, é mais dores, mas, é melhor! Mas, na hora da agonia o que viesse ou cesárea ou normal, seja o que fosse... Era muita dor. Eu queria o parto normal mais por conta da recuperação mesmo, porque a gente, quando tem parto normal, vamos fazer nossas necessidades sozinhas, sem precisar das outras. Minha irmã que teve parto normal, num instantezinho ela se recuperou, a outra que foi cesárea, já não foi assim. Por isso, sugiro: se tiver de escolher, escolha mesmo o parto normal que é melhor. que você tem mais contato com o seu neném, melhor do que chegar lá e arrochar uma injeção em você e tirar, melhor mesmo o parto normal. Eu não tive a experiência própria, mas teve as experiências de cesárea das irmãs.... é bom, assim, porque você não sente tantas dores, porque ai vai prá sala de cirurgia e já coloca lá a injeção pra você não sentir tanta dor, mas depois a recuperação é pior... prá ta levantando, pegando, levando para o banheiro foi difícil... porque nem toda hora todo mundo ta disponível pra lhe ajudar. Eu pensei assim, também, por conta de eu já ser forte eu tinha medo de cesáreo na recuperação sim. Cesáreo você sempre precisa mais! Minha outra irmã teve cesáreo, ela ficou aqui em casa um mês e pouco, como foi gêmeos sobrou muito coro de barriga, então, aquilo infeccionou e teve que ter um cuidado mais especial, eu só tinha medo de cesáreo por causa disso. Eu comi na terça-feira, em casa. Já dai do Céu estrelado, já não me deram mais nada! Passei o dia todinho sem beber e sem comer... pedi, eu já não tava aguentando mais, ai a minha irmã falou, ai a enfermeira disse: - molhe um pouco os lábios, mas, não beba, porque, a qualquer momento ela poderia fazer até uma cirurgia! Andei muito, mas teve uma hora que eu não aguentei mais não, eu disse me deixe aqui mesmo... ai dizia vamos andar que lhe ajuda, vamos dar uma andadinha , ai eu disse ouxe nem daqui eu queria descer mais! A gente ainda foi pra bola pra ver se o menino conseguia procurar se encaixar. A enfermeira me pediu

pra me colocarem na bola. Até a doutora botava prá pular: - vamos Tangelá, vamos, vamos, vamos! Vamos botar esse menino pra fora! - E a minha bolsa estourou, foi de sangue! Teve assim praticamente nada de água. O povo diz que tem que soltar uma aguazinha, um líquido, e nada! O meu foi sangue do início ao fim! Tive ajuda, muita ajuda da minha irmã, ela que estava me ajudando, sempre me estimulando, porque pra mim mesmo eu não conseguia mais nada. Eu já sou forte, aí foi onde ela aguentou todo o peso, prá fazer o movimento. Chegava no meio da sala... Ai minha irmã sempre comigo. Eu já sai daqui do hospital, já tinha dado uma injeção, que ela disse que era pra aliviar a dor, só deram essa injeção, não me deram mais nada prá aliviar a dor. Na maternidade em Maceió, a enfermeira veio e colocou o soro em mim, porque a qualquer momento poderia precisar colocar remédio, mas, não deram medicação pra aumentar tudo foi tudo a natureza mesmo. Não colocou até o menino nascer. Quando nasceu ela tirou! Tava tudo bem né, ela tirou o soro da minha veia. Quando as dores aumentou mesmo ai eu fui para o banheiro... cheguei e tomei banho e depois do banho foi que a dor aumentou mais ainda. Não me mandaram, mas eu que pedi prá tomar banho, Porque, depois a bolsa estourou, aí sujou tudo. Até porque tinha feito... na hora da dor, que a bolsa estourou, já tinha vindo com cocô e tudo! Aí eu disse: ouxe, eu agora vou prá o banheiro. Pedi prá me lavar por já tá muito suja. Já tinha feito cocô em tudo, a bolsa já tinha estourado na cama, tava aquela bagaceira toda! Eu não sei se já foi porque estava em cima da hora do menino nascer, mas ajudou! Eu disse: rapaz tomar banho pra aliviar as dor, mas ali aumentou mais. Acho tão engraçado que fico rindo. Mas, foi bom o banho e bola! Água morna, eu tava em pé... teve uma hora que veio... a dor era tão grande que não dava nem pra se sentar no vaso! Sim, me apoiei numa barra que tinha no banheiro, peguei na barra de ferro e descí até em baixo. Ajudou mesmo, porque apressou! Depois de um banho o menino pulou! Se tivesse que escolher mesmo, foi o banho o que mais ajudou! Foi... ai quando cheguei na cama ela disse: - ouxe o menino já tá aqui. Na hora do parto a gente foi prá sala de parto e teve que subi prá poder ela pegar o menino. Num colocou na mesa de parto, eu que subi sozinha e eu ao tinha força mais prá nada! Ai a gente foi pra mesa pegar ele! Fiquei com as pernas levantadas, lá tem uns ferrinhos que a gente tem que colocar uma perna aqui outra lá no sul. É engraçado, por isso que tou rindo. Ela disse: faça força de fazer coco! Eu senti quando ela jogou aquele produto, né?! Ela disse lá o nome do remédio que colocou. Aí, eu senti quando passou a navalha que chega fez “ thanque” aquele cortinho, como quando a gente leva um corte sem esperar. Foi aonde eu peguei mais ponto que cortou, teve que cortar... Eu não, não sabia... que ia cortar, mas, o caba já lá desesperado pra sair daquela situação podia fazer o que fosse...

(risos). Agora eu acho que se não tivesse cortado, se ele tivesse nascido não tinha cortado tanto desse jeito (risos) por ele mesmo né?! eu acho que não tinha. Mas, teve que ser, ela que sabia o que tinha de fazer na hora, a gente não vai questionar, porque já tá ali pedindo graças a Deus pra que saia daquela situação, pedindo ajuda! Mas foi... foi boa. Não sei dizer o nome da profissional que pegou meu menino. Foi uma doutora mesmo. Não sei se médica ou enfermeira... essa informação não vem no cartãozinho, que só vem os dados da criança. Depois de tanto tempo, eu tava rezando pra sair dali, que já não aguentava mais com isso daqui, no quadril. Dizem que quando tá perto do parto a barriga, o menino desce, ele não descia... sempre aqui, ficou todo assim debaixo dos meus peito, eu acho que era as perninhas dele aqui debaixo dos peitos, onde estou tocando agora. Por isso que foi preciso puxar, porque já tinha passado da hora dele nascer e ele não desceu! Mas, aí, quando ela encaixou a mão que disse ele já nasceu... Quando ela conseguiu puxar chega senti aquele alívio... depois que nasce o caba da graças a Deus! Depois que nasceu colocou ele assim, na minha barriga e disse: já nasceu o seu bebê! Foi muito bom! você vai esquecendo dos bucados ruins... quando ela colocou pra fazer a limpeza dele, depois tiraram e foram fazer a limpeza no outro lugar, colocar uma luzinha que eles colocam uma luz sobre o bebê, levou pra terminar de limpar ele lá, acho que pra cortar umbigo, tudo. Eu não vi nem quando saiu a placenta. Prá mim sentir, assim, ter puxado alguma coisa, depois que ele saiu, eu não senti mais não! Mas, tudo que ela puxou, depois não puxaram mais nada de mim ... ai já deve ter vindo tudo junto! Acho que veio tudo junto... Não sei contar! Já tava toda limpa. Nas minhas contas mesmo eu completava nove mês no dia 22, na ultrassom dia 24 ou 28, que eu fiz duas, a primeira, a data prevista deu pro dia 28 e a segunda deu pro dia 24. Terminou vindo dia 15, ninguém acertou, acho raça, por isso meu sorriso. Ele nasceu com a cabeça tipo um funilzinho assim, já afinando. Aí, ela disse que não tivesse medo que ia voltar ao normal... no outro dia já começou voltando... a cabecinha dele nasceu bem fininha... Quando o menino nasceu, eu já tava praticamente três dias sem comer e sem beber; e o menino do mesmo jeito... minha irmã ficou agoniada pedindo alguma coisa pra que ele comesse, porque os meus peitos não chegou o leite... A moça disse não! que ele aguentava até seis horas sem comer nada. Minha irmã se “esperiquitousse” dentro do hospital, até conseguir leite pra dar pra ele quando lembro dá vontade de rir, assim como faço agora. No pré-natal, Afya disse que logo após o parto o meu leite ia chegando, mas, o meu só veio chegar depois do quarto dia... Aí, no hospital enquanto a gente ficou lá, ele tava tomando leite... eu pegava na mamadeira e dava pra ele, ai ela veio trouxe a seringa prá ajudar. Aqui, depois do quarto dia foi que começou a chegar, e ai ela

trouxe quando veio fazer o teste do pezinho.... mas, aí as meninas do posto trouxeram aquelas bombinha pra ajudar fazer o bico, que eu não tinha bico de peito... não como tenho hoje né?! Já tava saindo aquela aguinha, depois disso ele pegou, que ele começou a puxar, não tem mais dificuldade, até hoje! E depois... da recuperação... só os pontos que incomodou! se eu não tivesse levado tanto ponto, que eu levei, tinha sido... ouxe... na outra semana eu já tava pulando, mas, a questão só foi isso mesmo... incomodava! Doía! Esquentava! Você não conseguia sentar direito, sempre tava de lado... aí incomodava. Mas, só o que incomodou, foi esses pontos. Graças a Deus, com a ajuda de mãe em casa, que fez muito cozinhamento caseiro de sambacaitá e casca de caju roxo, com pedra ume, prá eu ir se lavando a noite; fui se recuperando. Eu tive muito medo de pocar os pontos... passei uns oito dias com medo de fazer força e estourar os pontos, perguntei a Afya se era preciso tirar os pontos, ela disse prá ter calma que ia cair. Foi aonde que eu fui perdendo o medo. Passei uns 17 dias, quase um mês... o último ponto veio cair mesmo com 1 mês e 4 dias, fiquei até agoniada, mas realmente caiu, não poderia tirar ia cair por ele próprio. Em casa era deitada direto, sim, porque eu não fazia, quem fazia as coisas de casa era as meninas, prato não lavava, só passei lavar depois de um mês, nem casa, nada! Foi as meninas que vinha pra cá e fazia as coisas. Só era eu e o menino... só saía do quarto prá dar banho, eu era só pra ele... o banho e higiene dele era comigo... por isso, que até hoje, quem dar banho nele sou eu, do início ao fim, ninguém, nunca outra pessoa deu banho e, assim, prá cuidar dele mais eu! Andava sim, daqui pra casa de mãe, esse círculo daqui eu fazia, nesses poucos metros em torno das nossas casas, agora prá descer escada tudo, prá ir ali onde a mãe tá não ia, ali onde ela trabalha, porque tem que descer aqueles degraus, aí eu não ia... Com a alimentação também teve que ter cuidado. Prá enfermeira, ela disse que eu podia comer tudo... que ela liberou pra comer inhame, batata-doce, macaxeira... é, segundo as enfermeiras e médica podia, mas, eu já vim comer inhame depois de 15 dias. Sabe qual é essas crenças, principalmente de sítio, né?! Sabe como é as crenças da comunidade... e tinha que seguir. Aí mãe não deixou eu comer a batata-doce, mas o inhame eu comi! Mas, a batata-doce eu não comi até hoje. Porque diz aqui, segundo os mais velhos, que batata-doce dava uns corrimentos, um dizia que não podia comer coentro, outro pimentão... assim: o tempero esquentava a cirurgia, por causa da pimenta... Aí eu não comia o tempero, não comia coentro, não comia pimentão, depois de um mês foi que eu passei a comer o pimentão e o coentro. o inhame dizia que não podia porque tinha raiz, só comia o peito de frango, por causa do couro, que tirava, e não comia nada cozinhado por conta dos temperos, mas aqui um dizia que era quente, inflamava, aí pra cozinhar o frango só com

tomate e cebola ia ficar sem gosto, ai eu preferia assar o peito... ai só foi isso! Carne eu não como, porque eu não como carne de boi não... não gosto, só peito de frango! Eu passei o resguardo comendo arroz, feijão dia sim outro não, porque não comia nada requeimado e não ia cozinhar feijão todo dia, todo dia... Aí comia arroz e uma batatinha, eu também comia purê de batata, um chuchuzinho, a cenoura, e cebola... menos o coentro, o pimentão e o tempero a gente não comi... cuscuz com leite a noite... O que eu senti de diferente assim foi o período da menstruação, porque eu só passava três dias e passei 17 dias, eu já não aguentava mais, quando lembro fico rindo assim. Era pouco mais incomodava direto com aquilo... Aí, o cuidado de higiene as meninas do posto me orientaram a: não usa-se papel higiênico; que toda vez que fosse no banheiro se lavasse e usasse um paninho; pegasse uma fralda que o menino não usasse e você ficasse usando; usava e depois minha mãe lavava, colocava na água sanitária e botava no varal, depois passava ferro e usava normal. E, assim, eu não usei sabonete em barra, só líquido e foi essas orientações que eu tive!

APÊNDICE H – TEXTO TRANSCRITO – ADUOA

Ela me ensinou muita coisa! Se eu for pegar uma criança, eu pego! Nascendo em casa... pego!

Meu nome é Aduoa, tenho cinquenta e quatro, já vou fazer cinquenta e cinco anos, sou junta, tive um casamento antes, alfabetizada pelo EJA. Fui achando bom engravidar até que tive nove filhos. Tudo certo, nenhum faltando, tudo com nove mês. Foram seis filhas, com a que morreu sete, então coloquei o mesmo nome na que nasceu depois (Adebanke). O primeiro foi uma menina. Daí fui achando bom, num passava uma, eu dizia eita! Agora eu quero um menino! arrumava outro bucho! Depois eu ganhava aquele, já não via mais a menstruação, eu não via! Só via quando andava buchuda de novo, que chegava no resguardo. Nascia uma, aí eu dizia: eita meu Deus já tô buchuda de novo! Ficava tão alegre! Eu nunca tive desejo, não! De nada! Nunca tive! Eu só dizia assim: eita meu Deus, eu queria ganhar menino amanhã. Ah... quando eu fui ganhar neném, né?!... no meu parto, eu achei muito bom! Eu achava bom ter o neném! Era! Gostei minha fia! Num acho ruim não! Nem no hospital, nem em casa, prá mim foi tudo bom! Num vou dizer que eu achei ruim não! eu achei bom ganhar menino! As primeiras foi em casa mesmo. Nem ficava esmurecida, nem nada... Quando vinha uma dorzinha nós já ficava... dava aquela dorzinha, daí eu dizia: vou me deitar! Também num instante o menino vinha, às vezes não dava nem fuga de deitar. Ganhava em casa e era ligeiro. Se não desse jeito de ter em casa, ia pro hospital. Minha fia era mior ter em casa. Em casa a coisa era mior. Mas eu achei bom ter menino em casa! Foi tudo num instante, quer dizer que eu não chegava amanhecer o dia. Quando dizia assim: “eita, vai atrás da parteira”, quando eu deitava o menino já tava lá, o menino já tinha nascido, tava na beira da cama. Num dava tempo correr! Era todos assim. Fácil mesmo. A bolsa pouco primeiro, então, quando meu marido foi chamar a comadre, já tava tudo nascido, Oxe! Eu mesmo... que ajudava, num tinha ajuda, quando ia chamar a mulher... já tinha nascido. Ia atrás prá cortar o imbigo. Era parteira boa, viu?! Faleceu. Ela aprendeu com a mãe dela. A mãe dela era desses povo velho e ensinou tudo a ela. Fazia tanta pergunta, ela. Fazia um chá e me dava, agora eu num sei do que era, era comprado na feira... Antes de começar as dor, dava o chá de Alfavaca, né?! Ela esperava, fazia um chá quando demorava a vir, quando ela dizia faça um chá de alfavaca, dava a gente. E ela ficava fazendo assim, apertando a barriga de leve como estou fazendo agora, colando o menino no lugar, né?! Esses que custava. Depois Passava. Dizia: “Cumaaaade, tá doendo?”

Eu dizia: Tá não comadre, já passou as dor. A gente ou não tomava nada ou se não, pimenta do reino, nós tomava. Ela pisava o cuminho da pimenta do reino no pilão e dava bem quente! Botava um pouco de farinha e dava pra nós tomar. Aquilo esquenta por dentro! É bom! Se a pessoa tiver pra ganhar menino, vai esquentando tudo, daí o menino vem com tudo! É, é bom. Aumentava as dores muito. Era. Mais rápido! E a filha mulher custava mais. Demorava. Quem tava em casa era eu, meu esposo, ainda tava ...minha mãe e a comadre que ele ia atrás. Daí ela vinha, cortava o imbigo, limpava tudo, ajeitava e deixava eu lá. Agora assim, se não der jeito na hora, levar pro hospital, né?! Ela me ensinou muita coisa, se eu for pegar uma criança, eu pego! Porque ela me ensinou também. Pego! Nascendo em casa... pego! Ensinou: “oi cumade quando nascer a criança, a senhora corta assim o imbigo...” “Mida três dedo...” da tripa, né?! Daí amarre bem com um cordão. Um cordão normal mesmo e corte com a tesoura amolada. Nessa tesoura passa álcool, só serve prá imbigo de menino. Era todos assim os meu. Só tive três menino que me deu trabalho, porque era muito gordo, daí tava com agonia ruim, já morrendo, eu já tava sem força, ainda peguei ponto... peguei só os ponto, mas o menino era muito gordo, os outros não. Não dava trabalho. Foram em três que fui prá rua, dois homens e uma mulher que foi em União. Eu tenho uma menina que nasceu no hospital, na porta do banheiro. Foi! Na porta do banheiro. Eu tava fazendo feira, fazendo compra, daí me deu aquela dor. Quando é dor de menino, é uma dor em cima da outra. Uma em cima da outra. Fui prá o hospital. Eu pedi.... Daí eu disse assim, eu queria ir no banheiro se prontificar, eu queria tomar um banho, que eu tava suada, né?! Daí ele disse: a senhora quer tomar um banho?! A senhora vá pro banheiro. Quando eu ia urinar, quando eu me agacho, que eu tiro a calcinha, a menina “*bufo!*” no chão! oxe, num sei como a menina num morreu lá! Num sei como num bateu a cabeça! Daí ela chorou, pegaram ela enrolaram e pegaram eu e botaram na cama. Foi! Ela tem doze anos. Eu tava lá... nera?! Assim, na cama, deitada... Tem mulher que dá aquele grito, eu não. Ficava gritando não. Ficava caladinha! Duía. Duía. Mas só na hora que tava pra vim o menino. Depois não duia mais não. Tem gente assim, que sente aquelas dor quando tá menstruada. Eu nunca senti não. Nunca senti dor de cólica. Nos outros filhos já foi mais melhor! Tanto em casa como no hospital. Nunca achei ruim. Nunca tive cesário não. E eu não queria não! Nem aborto! Quando as menina tem aqui cesário, a minha menina mesmo, eu digo arremaria num puxasse a eu não foi? Lá no hospital Céu Estrelado a pessoa atrepava as pernas, de primeiro num tinha um gancho, nera? Agora não, que tudo mudou! Mas antes nós botava as perna naquele gancho. Gostei, porque lá dá o remédio pra nós, né?! a doutora ficava lá. A doutora ou o doutor... Nem se pergunte, que nós já vinha limpinha e enxuta de lá, né?!

Quando eu ganhava menino, eu não vinha vendo a menstruação mais. Agora em casa é assim: em casa a pessoa fica o mês todinho menstruada, com quinze dias é que aquilo vai alimpando. Fica branco! No resguardo eu ficava um mês lá, só comendo e ficando lá com a criança nos meus braços, ela só mamava... assim que nascia eu dava de mamar. Oxe, os meus peito era, até hoje é assim, mas era durinho de leite. Dava prá sustentar qualquer menino... Eu tive um menino que ele mamou até dez anos. Quando ganhava o neném em casa, a comida era diferente, era carne de gado, pirão mexido, frango de casa, capado. Matava, nós comia três dia, quatro dia. Minha comadre, ou minha mãe fazia a panela de pirão mexido, eu comia todinho! Já quando ganhava no hospital comia tudo misturado. Eu gosto da comida de lá do hospital. De primeiro nós não comia com coloral. Aqui, como nós somos aqui do Muquém, nascido e criado aqui, nós toma qualquer chá e a dor vai embora. A gente tomava nada de remédio. Tô tomando agora, porque tem que tomar remédio controlado, mas eu não gosto não! De remédio. E a cebola branca!? É uma bem miudinha, serve pra muita coisa. As vezes nós tá com uma coisa na barriga... ela serve pra muita coisa, ou boldo ou ela, passa um pedacinho, aquilo vai melhorando... é boa, serve! Aquilo é pra criança mermo, também serve. Quando ganhava neném em casa não levava ponto não! E também quando nós ficava boa, que o menino nascia, a gente se lavava com babatimão! Babatimão e pedra ume. Aquilo une as carne do corpo da gente. Daí foi dando até terminar. Agora eu não vejo nada de menstruação, eu queria ter outro filho, mas não posso, eu não pego mais bucho não, que a minha menstruação já foi simhora. E eu não queria mais não! Já to veia! né?! Não queria não! aí eu não quero. Se fosse assim num meu tempo e eu num fosse mais veia... eu queria que voltasse o tempo de novo, se pudesse voltar... Tenho saudades por isso meu sorrisinho, achava bom!

APÊNDICE I – TEXTO TRANSCRIADO – ADENIKE

Meu primeiro filho não tinha experiência! Não sabia o que fazer! D’eu ter sofrido, foi porque eu fiquei nervosa, não sabia o que fazer!

Meu nome é Adenike, no momento 58 anos, sou negra! Pode ser preta sim! É pode.... e pardo nem existe né? Tem que ser preta mesmo é preta e pronto! Solteira. Engravidei cinco vezes, foram cinco partos, quatro partos normais e um parto cesáreo, nenhum aborto. Eu engravidava que era prá ser um casal, queria que era pra vir uma menina, porque o primeiro foi homem ai o segundo foi mulher, esperando um menino, menino, menino e não veio! Querendo outro homem, engravidei cinco vezes e só veio mulher, ai pronto, era sempre querendo mais um menino! outro filho, é... fico rindo assim quando lembro. No final, quatro meninas e um menino. Mas, em compensação agora eu tenho sete netos! Tudo homem! Ninguém me deu nenhuma menina! Quando tinha um, aí eu dizia: “não quero mais filho”, mais o quê! Antes de um ano e seis meses já tive outro... depois... dizia - “vai ser um menino” ai não veio menino, veio uma menina! só demorou mais da quarta prá quinta, demorou mais um pouco. Ai quando, passou mais uns dois anos eu engravidei, mas, o resto era assim.... era tirando um, eu já tava grávida do outro! Eu acho que se não tivesse operado, devido a queda que eu tomei, acho que eu tinha uns dez filhos. O médico perguntou quantos filhos eu tinha, eu disse que tinha cinco, aí ele disse: então eu vou te cortar a máquina de fazer menino, você não vai parir mais! Eu disse: tá bom, eu confio em você! Operou, faz 26 anos. Fiz pré-natal, de todos não! Acho que foi do primeiro... mas, não terminava. Fazia, mas não terminava o período todo, né!? Sempre parava no meio... ia umas duas , três consultas e só, aí enquanto não sentia nada , não procurava médico. No posto José de Lima, era uma dificuldade para marcar, porque na época tinha que ser na Casa da Mulher, assim que era chamado o posto de saúde. Agora da última gravidez eu fui acompanhada do início até o final, procurei uma médica, sempre fazendo o pré-natal. Na gravidez não existia nenhum cuidado especial. Era só esperar o dia de ganhar... agora é mais... que o médico sempre orienta. Tem aquele acompanhamento que mês em mês a pessoa vem, depois quando tá perto vem toda semana, ai já é diferente, né!? Porque não tinha, não tinha, feito o pré-natal prá enfermeira ou o médico me orientar! Eu ganhei dois no hospital, três com a última e dois em casa. Os dois primeiros foi no hospital...que eu morava em Maceió e tive os dois lá no hospital, os outros dois em casa; e a última foi lá na maternidade de alto risco, porque eu caí! Todos nasceram de nove

meses. Só o primeiro que faltou 21 dias prá completar os nove meses, mas, os outros foram de tempo normal... foram assim faltando dois dias, outro passando um dia, da minha conta, né!?

Do primeiro eu sofri muito, eu não tinha experiência, porque minha mãe não falava, não chegava assim e falar: oia acontece assim, assim... ela não falava nada! Aí eu não tinha experiência, ninguém orientava de nada, eu sofri muito quando eu fui ganhar o meu primeiro filho! Não sabia o que fazer! que não tinha experiência, eu não sabia o que fazer quando vinha as dor. D'eu ter sofrido, foi porque eu fiquei nervosa, não sabia o que fazer, né!? Não sabia... não saber o que fazer naquele momento... que experiência eu não tinha! Não sei o que ela tinha de falar...a minha mãe!?... até hoje fico assim em dúvida, não falou, ela nunca conversou! Nem na minha primeira menstruação ela me falou o que era! Acho que ela tinha... não sei o quê era... não sei se era vergonha? eu sempre pensava... tinha curiosidade, mas a mãe dizia: - *“não minha fia, quando chegar à hora você vai ver como é que é”* - aí eu perguntava: na hora do que? de eu ter? – insistia! Do primeiro eu já saí de casa já com a bolsa rompida. Diz o pessoal quando a bolsa se rompe é porque tá perto de nascer, né!? Tá próximo de nascer. Aí a bolsa se rompeu oito horas da noite e eu fui ter o menino três horas da manhã! Eu dizia assim: porque não nasce logo? Não já rompeu a bolsa? Choramingando como estou fazendo agora. Quando rompe bolsa, quando tá sangrando, já é pro neném nascer! O parto normal foi uma experiência boa, afirmo assim balançando a cabeça mesmo, se eu não tivesse... se não tivesse acontecido de eu cair, tinha sido os cinco parto normal! Porque cada um foi diferente do outro! Do primeiro, eu tive medo, ai eu perdi força. Eu pensei que ia morrer naquele momento, que eu fui ter o meu bebê?! Deu medo de morrer, cheguei até desmaiar, foi naquele momento que eu só pensava em morrer! A dor, é uma dor terrível, agora fico rindo. Ai quando aumentava as dor, começava a sangrar... ai era na hora que o neném nascia! Tive dois em casa e a experiência foi totalmente diferente, dos dois que eu tive no hospital! A primeira que eu tive em casa - em relação ao que eu tive primeiro no hospital – o de casa foi melhor! Foi bom, melhor do que eu tive no hospital! Era em casa, na hora ficava a parteira, quem tava prá parir e alguma vizinha que a pessoa chamava! Podia comer, só que eu não queria! Quando começava as dor não dava mais vontade de comer, não! Eu ia comer a dor aumentava, ai deixava parada lá! Antes de ir ganhar a gente comia bastante... Na hora de ganhar em casa, tinha umas parteiras que dava chá de favaca - de uma planta que tem que chamava favaca, prá aumentar as dor. No último eu comi arroz, feijão, macarrão e frango, ai foi que aumentou as dor. Não fazia mais nada, ficava só parada, pegava na barriga, saía andando em casa, deitava se levantava! Fazia nada não! Depois que o neném nascia, a gente

já ia cuidar de alimentação! Na hora de nascer ficava deitada na cama, com as pernas assim, levantadas, dobradas e bem afastadas, como estou tentando mostrar com os braços. A parteira ficava de frente, antes ela molhava as mãos com água, não tinha luva, mas elas passavam álcool nas mãos. Antes do bebê sair ela ficava só alisando a barriga, quando vinha a dor ela dizia: faça força, faça força... passando a mão assim, como estou mostrando agora, não era com força, só acariciando a barriga. Depois, quando terminava de limpar o neném, lavava as mãos com álcool também! Ela ficava depois que o neném saía, nascia, pelo menos a que cuidou de mim, pegou os meus filhos, ela ficava com muito cuidado massageando a barriga, massageando! Não era apertando... massageando, pegava aquela placenta, com jeitinho e saía. Ela dizia umas palavras que eu não... que ficava, balbuciando desse jeito que tou fazendo, ninguém sabia o que ela dizia não, tinha as orações dela... de repente saía aquela placenta, sem maltratar. Agora, tinha um porém: que elas não colocam a mão prá sair, prá tirar o restante da placenta. Não, elas não fazem isso... e em casa a pessoa fica menstruando 30 dias! Mas, quando ela sentia que não ia... que a placenta não ia sair mesmo, aí ela mandava para o hospital. Eu tive duas em casa. Agora, já a segunda senti dificuldade, porque a criança estava dormindo, toda enrolada com a tripa umbilical no pescoço, e a criança sem força... Eu tive em casa com a parteira de lado e uma vizinha pra me ajudar! Pegava assim... fazer força e pronto... Eu me esforcei mais e me prejudiquei, porque, a criança quando ela tá na hora de nascer, que ela tá se mexendo, assim como estou fazendo, ela ajuda a mãe também, neh?! Fiquei com uma dor muito forte depois que tive ela, passei uns dois meses com a dor assim na barriga. Ficava um caroço assim, foi porque eu fiz muita força. Mas, a parteira cuidou muito bem da menina, balançava e dava palmadinha, do mesmo jeito que faz na maternidade, até que ela voltou e até hoje tá uma meninona, já mãe de um filho, por isso fico feliz, assim. A parteira era da comunidade. Foi muito boa ela. Ah, pra comunidade ela era ótima! Já era uma senhora de idade, mas ela era experiente, só não era enfermeira né?! Inclusive ela era quem agia com as mulheres que ia ganhar. Das vezes que ela cuidava do pessoal daqui, que ela pegava os meninos. Ela fazia o parto e as pessoas não tinha problema nenhum. Nunca mulher nenhuma morreu não, na mão dela não! Até no momento que ela pegou dois meu; das minhas primas também, ela pegou tudo! Agora quando não tinha condições de sair a placenta, essas coisas assim, aí ela encaminhava para o hospital. Hoje ninguém pode mais fazer isso! Era *Adeoga*, o nome dela. Só era uma. Ela era bem senhorinha na época que eu engravidei, há 33 anos atrás, já foi muitos anos! Não existe mais parteira, pelo menos aqui no Muquém, não tem. Tudo leva pra o hospital. Não tem mais não, por aqui. Segundo ela falava, trabalhou

muito em Garanhuns. Assim tinha gente lá do hospital que orientava ela um pouco, né?! Só que ela nunca fez curso, mas, ela tinha amiga lá no hospital, lá em Garanhuns, que foi quem ensinou ela fazer parto, sempre ela falava isso. E a experiência dela era essa, dava certo! Depois, ninguém nunca se interessou também a aprender. No hospital, do primeiro filho eu fui muito massacrada! Aplicou a lavagem pra aumentar a dor, a que fica naquela sala de pré-parto foi aplicar acho que, injeção ou foi soro... prá aumentar as dor pra o menino nascer. Já de última, é que eles vinham prá levar pra sala: “Ah, mas não vai nascer agora não!” Diz o pessoal que é porque é do primeiro filho, que eles deixam massacrar um pouquinho, mas, não deveria ser assim! Cheguei até desmaiar. Na época um primo que trabalhava lá no hospital, passou, eu tava caída, ai foi na hora que a enfermeira veio... Não era pra ter deixado eu passar por aquele sofrimento todo! O que as enfermeiras não gosta no hospital é de alarde, que grita, grita! Quanto mais grita não dão mais nem valor! Agora chegue uma quetinha lá, que é “ta doendo? tá não!” Tinha umas que dizia assim: “ah, isso é porque é muito mimada!” Ai ela: “ah mais pra arrumar foi bonzinho não foi?!” - chega fico rindo - “agora pra botar pra fora fica com esse alarme todo! Então... é o primeiro, mais vai nascer, tenha calma que vai nascer”. Aí, eu lá só... nos hospitais é... a pessoa fica só, ficava só! Depois que ver que tá nascendo mesmo é que leva prá sala de parto. Aí em vez de eu relaxar eu prendia as pernas, desse jeito que tou mostrando, pronto ai foi quando eu me prejudiquei mais! Eu não tive... a presença da minha mãe. No momento que eu ganhei os dois, no hospital em Maceió, ela não tava presente. Ai na terceira vez, terceiro filho ela já tinha falecido. Não tava presente. E os outros também, ela nunca tava ao meu lado quando eu ia ganhar o neném! Que sempre acostuma né, a mãe tá perto lá com os filhos e eu não... Toda vez que lembro, choro muito assim... Do primeiro me cortaram demais, porque eu já tinha perdido as forças. Não tinha mais força, então pra tirar o menino tiveram que cortar. Foi um corte que pegou 14 pontos, eu sofri muito com esse corte, 14 pontos, não é?! é até grandinho o corte, né?! eu digo que foi 14, porque minha mãe contou, ela contou um por um... e inclusive não ficou normal a vagina. Ficou um lado mais alto do que outro, devido o corte. Também, no hospital, aperta assim... a barriga, desse jeito que tou mostrando, aperta mesmo, que quando é no outro dia, isso tá tudo dolorido, por onde estou passando a mão aqui, na minha barriga. O primeiro demorou, custou muito! Dos outros filhos já foi bem diferente. Quando as dor aumentava já não ficava como da primeira vez, já relaxava mais. A segunda, já foi mais rápida um pouquinho, não sofri tanto quanto o primeiro. A terceira ainda foi mais rápida um pouquinho, a quarta também... Tanto foi, que a segunda ia nascer dentro do banheiro! quando eu gritei ela, a enfermeira, já

veio aqui, me pegou pelos ombros, e me levou lá pra cima da cama. Fizeram o meu parto na sala de pré-parto mesmo, que nem deu tempo de eu ir pra sala de parto! As vezes que eu tive em casa também... Da minha última filha, faltando dois dias pra mim ganhar, eu levei uma queda, rolei da calçada. Fiquei sentindo muita dor, me levaram pra o hospital, ai disseram “aqui não tem como ela ficar” ai levou pra maternidade de alto risco. Ela já tava no ponto de nascer, mas, atravessou devida a queda que eu tomei. Quando o médico fez o toque que encontrou as costelas, ai disse que tinha que ser uma cesárea, que o neném tava em uma posição diferente né? Ai ela nasceu com uma hematoma assim no cotovelo, ai o médico falou: ah mãe se tivesse sido na cabeça a tua filha teria morrido! Ela até grandinha tinha a hematoma. Meus filhos nasceram bem, só tive mais um pouquinho de dificuldade com uma, porque ela tava dormindo, nasceu dormindo e foi em casa... não deu pra ela me ajudar! Também o primeiro que puxaram ele assim, com força, que ele até grandinho ficou com dois negocinhos no pescoço, duas bolinhas assim... já grandinho ele: “ou mãe tá doendo” mas era assim... Apesar das dores, das agonias, era... é maravilha tá com o bebezinho ali... era o melhor momento quando eu estava com os meus filhos nos braços, sabendo – “sofri por causa de você! e você tá aqui feliz nos meus braços...”, falava desse jeito, com eles nos braços. Melhor momento era esse! Depois que ganhava. Antigamente era um cuidado assim: só saía levantar, poder andar dentro de casa com três dias, era.. antigamente era muito rigoroso! Diziam que não podia molhar o corpo, quando... sei lá... o sangue subia pra cabeça, o pessoal falava! Mas, porque na época era assim só saia da cama com três dias! Acho engraçado por isso estou rindo. Mas, agora não! De todos filhos que tive, que três dias que nada! Já no primeiro que nasceu três horas da manhã, quando foi cinco da manhã a enfermeira passou: - “parto normal tomar banho!” eu fui tomei banho e não tive nada, molhei cabeça e tudo e não aconteceu nada graças a Deus! Por isso, que as vezes o pessoal falava “ ah fulana teve menino e tá sangrando muito, tá com mal cheiro” Aquilo lá abafado né, aquele sangue saindo abafado, como era que ia ficar cheiroso? Passava três dias deitada, enrolada... Minha mãe sempre dizia: você tem que ficar ali na cama! Ai eu não... se eu já tomei banho, já tô podendo cuidar do menino... Eu acho que devido eu levantando, andando, foi que rompeu os pontos... acho que foram alguns pontos que se rompeu, uns dois... não sei se foi da viagem de Maceió pra casa de minha mãe ou se era uns degraus que tinha assim na casa e eu subia. Ficou as carnes, cicatriz ficou grossa, que já faz 33 anos e eu ainda tenho... porque, eu ainda sinto, de vez em quando ela começa a crescer de novo, depois baixa de novo... e rompeu...! Depois do parto, a alimentação era aquele pirão de galinha mexido, mas eu nunca cheguei a comer não! Por

causo que no primeiro eu levei ponto, ai disse que não podia comer galinha porque inflamava mais, comia carne de boi com arroz, mas, o gostoso era o pirão com tempero... é, a galinha, o tempero, fazia aquele pirão era gostoso! Estou rindo porque acho engraçado... Mas eu nunca cheguei a comer, não durante o resguardo! Depois vinha os vizinhos pra ajudar, pelo menos aqui na comunidade é assim, sempre ajuda: lavar uma roupa, varrer uma casa, lavar uma louça que tiver suja! A mulher sempre nunca tá sozinha não quando ganha neném! Mas, só deixava mesmo completar 30 dias do resguardo, já pegava... cuidar do menino, cuidar da casa... muitas deixava os bebê e ia cuidar de roça, outras deixava o bebê, muitas não amamentava porque trabalhava na cana de açúcar né! e deixava os bebê com os outros filhos, com algum parente e iam simhora trabalhar... Prá quem tá perto de ganhar eu sempre digo a ela: olhe minha filha vá com Deus, tenha coragem que vai nascer logo! Na hora de o bebê nascer não se desespere, não fique nervosa e nada... agora, elas tem a pessoa que orienta, que fazem os primeiros procedimentos... Deus acompanhe e tenha fé! Sempre eu falo isso pra elas!

APÊNDICE J – TEXTO TRANSCRITO – ACAI

Eu tive os meus filhos em casa, eu não saia prá fora de jeito nenhum... era na minha casa! Nesse tempo da gente era bom que os partos era tudo em casa, hoje em dia não dá mais não prá ser assim.

Tive nove filhos, graças a Deus tive esses, de parto normal, e até agora tou vivendo. Gostei né! Se a pessoa não tivesse gostado não tinha tido nove - acho engraçado por isso fico rindo, assim - mas agora encerrou. Foi bom... Todos os filhos nasceram no tempo certo e eu fiquei muito feliz. Tinha medo né?! Ninguém nunca falava... nem a mãe... ia sem saber... aí vinha o medo! Porque a pessoa quando vai ter... aquela bolona de menino, Ave Maria, meu Deus do céu! – era muito engraçado, quando lembro fico rindo desse jeito - era... do primeiro era assim. Tinha medo, pensava assim: - *“meu Deus o que é que vai acontecer com eu quando tiver esse menino?!”* - Ai eu ficava pensando isso né... coisa assim! Porque a gente já tava ali naquela dor tão grande... a pessoa tem medo! Fosse grande... Graças a Deus não acontecia nada! Ninguém fazia preparo algum na hora de ter... eu mesmo não fazia não! Só fazia depois que tinha o bebê. Eu tive os meus filhos em casa, eu não saia pra fora de jeito nenhum... era na minha casa! Não fui prá hospital não, não precisou. Nesse tempo da gente era bom que os partos era tudo em casa, hoje em dia não dá mais não prá ser assim. Mas, os meus foi tudo em casa mesmo! Quando a dor vinha realmente forte e que não aguentava mais, chamava a parteira ela vinha e só saia quando eu descansava, quando deixava nós com o bebê! A parteira era que fazia o parto e graças a Deus eu ficava bem! Era muito boa ela! Como ela fazia eu nem posso te responder, ela que fazia, ela que sabia como era que fazia né! eu só sei que ela dava o chá, fazia um negócio do chá, agora de que era... dava uma compressa, massagem na barriga da gente! eu não lembro não como era a massagem, nem me lembro também do chá viu. Ela esperavaaa! quando ela via que não dava jeito ai ela mandava a gente pra maternidade... É, era... era isso! Só quem ficava mesmo na casa era a parteira, as vezes tinha outra mulher pra ajudar a gente né! a vizinha que ficava dando uma forcinha. O marido não!!! não! Podia não! Era coisa de mulher - acho engraçado isso por isso estou rindo. Eu me alimentava , a parteira me dava como eu falei, dava o chá, eu tomava, mas sempre... comia uma coisinha. Andava... Saía dava uma voltinha, depois voltava pra cama de novo... Na hora de nascer tava deitada, a posição... a pessoa tá na cama, pega na cabeça da cama e vamos botar força! A vizinha ajudava, naquela posição deitada, do mesmo jeito, pegava assim na

gente pelas costas e no pescoço - como estou mostrando - ai eu pegava o braço colocava no pescoço dela, ai ficava lá nas posição ... E a parteira na frente. A parteira mesmo, viji eu nem sei viu! Tinha uma tesoura... o jeito de cortar a tripa... pegava um cordãozinho e amarrava. Fazia massagem, depois vinha junto a palcenta... Não ficava restos não, nem nunca levei ponto. Nós guardava tudinho o negocinho dele , o imbiguinho, mas nesse, nesse tempo... Demorava de cinco a sete dias prá cair, era! Depois tinha a esteira sabe?! A parteira mandava nós, pegar a esteira, queimava, aí fazia aquela cinzas, colocava no umbiguinho dele e num instante sarava! A gente, nós ficava boa! Boa mesmo! eu tive o primeiro e fiquei boa, e assim em todos... por um eu tirei todos. Foi tudo de um jeito só. A pessoa só ficava tendo umas dorzinhas , mas, depois ia passando. A gente ficava deitada né, de repouso, três dias a pessoa fica sem fazer movimento, depois de três dias a gente se levanta... A alimentação era um prato de escaldado com caldo de carne, era... aquele pratão de escaldado... galinha assada, cozinhada... era... A parteira recomendava tomar banho morno com 15 dias depois, antes só se molhava assim sabe, mas prá tomar banho mesmo...não. Depois tomava banho frio ... no rio... ai terminava. Unhum... aí só é isso que eu sei! Nesse tempo da gente era bom. Hoje não tem mais parteira aqui...Ela era experiente, quando uma se ia, ficava outra que já sabia fazer o movimento... Tinha curso não. Nesse tempo de hoje, não tem mais nenhuma, foi simbora tudo! Agora quando as mulher estão querendo ter o neném elas vão pra União, aqui na cidade vizinha, a gente tem é que entrar na faca mermo... não vou mais querer filho não, esses aí já deu... a pessoa nove filhos e só criar uma... não queria mais não.

APÊNDICE L – TEXTO TRANSCRIADO – ABEBA

A minha parteira morreu! De lá prá cá na hora de parir eu vou prá rua, porque já vem tudo limpinho. Gostei! A mulher vinha enxuta e tudo, vinha limpinha.

Meu nome é Abeba. Eu tenho quarenta e dois anos, por aí assim, sou junta e me acho “da minha cor mesmo”. Eu, quando eu engravidava, eu não tomava remédio não. Eu não tomava nem um comprimido pra evitar. Eu fiquei grávida dez vezes, tive dois abortos no meio e oito nasceram normal, um morto. Depois que foi nascendo os menino, depois do terceiro, foi que eu fui tomar remédio de evitar, comprimido, injeção. Aí eu parei, aí eu engravidei, naquele momento eu queria engravidar. De todas as gravidez eu fiz pré-natal, começava de três mês, quando eu tava grávida, fazia certinho até os nove meses. Na hora de ganhar no quarto ficava eu, minha mãe e a parteira. O marido ficava do lado de fora. Eu queria que estivesse em todos era a minha mãe, mas ela não estava. Ela morreu, a minha mãe, fico triste assim toda vez que lembro. Tudo que minha mãe dizia do parto era que vinha as dor, faça força pra baixo. Aí pronto, quando deu umas quatro dor boa mesmo, aí a menina nasceu. Prá ganhar o menino foi facinho, facinho, eu já achava que era assim antes. Todos foi normal, até os aborto foi normal. Dá aquela dor braba aí pronto... Aí quando vinha as dor, eu fazia força pra baixo. Só dá vontade de fazer força. Aí da vontade de defecar. Os que tive com a parteira, eu deitava na cama, aí não saia mais, só quando eu ganhava menino. Ela alisava minha barriga, fazia força assim, quando alisava e tudo. E o menino se bulindo. Aí quando dava fé, vinha, aí eu não lembro mais. Foi os dois primeiros parto em casa, um no hospital de Maceió e o resto no Hospital Céu Estrelado. Mas, nunca tive medo não. Nasceu uma primeira menina que foi normal... Depois, quando limpava o menino e tudo, com dois minutos, um minuto, saía o resto, por ela mesmo. A parteira só limpava a gente assim por fora e botava um paninho por baixo. Uma das vezes que eu tive em casa, nasceu um que já tava morto na barriga, aí depois eu fui pra rua, pro hospital, fizeram coletagem em mim, que não tinha saído todo, lá disseram que era uma menina.. Aí eu parei... aí eu engravidei, eu queria engravidar naquele momento. Na hora de ter o menino eu resolvi ir pra rua, porque todo mundo ia prá rua prá fazer parto normal e também foi tempo que a minha parteira morreu, foi o jeito correr pra rua. Eu fazia no hospital que já vinha tudo limpinho, tudo! De lá prá cá na hora de parir eu vou prá rua, porque já vem tudo limpinho. Lá no hospital quem pegou foi a parteira também... Mas foi normal. Gostei, vinha limpinho. A mulher vinha enxuta e tudo, vinha limpinha. Já limpa a

peessoa todinha. Quando chegava em casa, com dois dias, três dias, eu fazia as minhas coisinhas. Botava café no fogo, lavava os prato e aqui não... Ficava boinha! Porque no outro dia, eu não sentia mais nada no meu corpo. Só vinha, só normal, passava quase quinze dias, nove, dez dias. Já aqui, quando ganhava o menino, passava quase um mês sangrando, três dias deitada em cima de uma cama, era pra não fazer nada, que a parteira dizia. A gente não podia comer negócio carregado, comia tudo, só não comida carregada, nós fazia do mesmo jeito. Quando nós vinha da rua, não. Da rua nós já vinha diferente, já vinha comendo tudo. No hospital o médico disse: “não é prá defecar não!” Também lá tinha uma parteira, aí eu dizia que não agüentava mais, aí ela dizia: “você aguenta.” Em todos dois. No hospital, em casa, foi normal, uma lembrança boa! Porque ali ficava, ficava tudo aliviado. Normal. Não sei nem dizer uma coisa que marcou, se alguém vai ter filho eu digo pra ela fazer força prá baixo - Faça força prá baixo. Não faça força prá riba que é pior. Prá baixo é melhor!

**APÊNDICE M – FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DO PERFIL DE MULHERES
QUILOMBOLAS**

FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DO PERFIL DE MULHERES QUILOMBOLAS	
<i>Parte I – Identificação e características sócio demográficas:</i>	
Iniciais da Mulher:	
Data de Nascimento:	Idade Atual: () Abaixo de 15 anos () 15-25 anos () 25-35 anos () Acima 35 anos
Escolaridade: () Não alfabetizada () 1º Grau Incompleto () 1º Grau Completo () 2º Grau Incompleto () 2º Grau Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo	
Ocupação:	
Principal(is) fonte(s) de renda familiar	Renda Familiar (Salários Mínimos) () Até 1 () >1 < 3 () > 3 < 5 () > 5 () sem informação
Situação Conjugal: () Unida () Não Unida	
Relação com pai durante gestação: () Boa () Ruim	
Número de gestações: () Parto Natural: () Parto Cesariana: () Abortos: () Natimorto () Número de filhos vivos ()	
Planejamento da gravidez: () Sim () Não	
Problema na gestação: () Doença com repercussão só no feto () Doença na própria mãe () Prematuridade ou perdas anteriores () Outros	
Pré-natal: () Sim () Não Início do pré-natal: () Primeiro trimestre () Segundo	

Trimestre
Ajuda para cuidar do bebê: () Sim () Não
Fonte de ajuda: () Família () Marido () Família e Marido () Outros
Mudança de Humor:() Sim () Não
Preocupações com a gravidez: () Sim () Não
Qual? () Saúde do bebê/mãe () Parto () Financeira () Outras
<i>Parte II – Questão Norteadora</i>
Fale-me sobre as suas vivências de gravidez e de parto?

APÊNDICE N – ROTEIRO DE ENTREVISTA**TÍTULO DO PROJETO:****O PARTO DE MULHERES QUILOMBOLAS:****contribuição para o cuidado congruente****PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:**Prof^a. Dr^a. Jovânia Marques de Oliveira e Silva

Mestranda: Sandra Taveiros de Araujo

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Como você gostaria de ser chamada?

Qual a sua idade?

Qual a sua raça/cor?

Qual seu estado civil?

Quantas vezes você engravidou?

Você teve algum aborto?

Todos os filhos foram planejados? E desejados?

Você fez pré-natal durante a(s) gestação(ões)

Sim você lembra quantas consultas?

Não por quê?

Gostaria de me contar como foi a experiência de seu(s) parto(s)?

Seus filhos nasceram de tempo certo?

Em que local seu(s) filhos nasceram?

Teve ajuda de alguém no momento do(s) parto(s)? Era profissional de saúde? Parteira? Pessoa da comunidade?

Você lembra o que faziam para ajudá-la a parir?

O que mais marcou na(s) sua(s) experiência(s) de parir?

Sentiu falta de alguém ou de alguma coisa durante o(s) seu(s) parto(s)?

O que você sabia sobre o parto antes de ter essa experiência?

O que você imaginava do parto quando estava grávida? Correspondeu ao que foi vivido?

Você acha que ter tido parto normal foi uma experiência boa? Por quê?

O que mais lhe marcou dentre a(s) sua(s) experiência(s) de parto(s)?

Quais cuidados com sua saúde que você tinha quando estava próximo da hora do parto? E após o parto? Alguém a ajudava nesses cuidados? Se sim, quem?

Como era sua rotina de trabalho diário antes e após o(s) parto(s)? Alguém ajudava? Quem?

Alguma coisa a mais gostaria de me falar?

O que você fala sobre a experiência de parir para mulheres que ainda não tiveram essa vivência?

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO – COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 Campus A. C. Simões – Av. Lourival Melo Mota, S/N
 Cep: 57072-970, Cidade Universitária – Maceió-AL
comitedeeticaufal@gmail.com - Tel: 3214-1041



CARTA DE APROVAÇÃO

Maceió-AL, 17/03/2016

Senhor(a) Pesquisador(a), SANDRA TAVEIROS DE ARAUJO

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 17/03/2016 e com base no parecer emitido pelo(a) relator(a) do processo nº **53015816.0.0000.5013**, sob o título **O PARTO DE MULHERES QUILOMBOLAS**, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

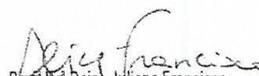
Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais

Válido até: **AGOSTO** de 2017.


 Prof. Dr. Deise Juliana Francisco
 Coordenadora do Comitê de
 Ética em Pesquisa -UFAL

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UNIÃO DOS PALMARES

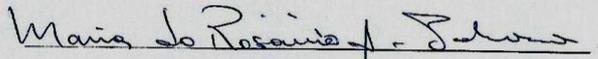
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, **Maria do Rosário Albuquerque Pedrosa**, abaixo assinado, Secretária de Saúde do Município de União dos Palmares, Estado de Alagoas, autorizo a realização do estudo: **“O PARTO DE MULHERES QUILOMBOLAS: contribuição para o cuidado congruente”**, a ser conduzido pelas pesquisadoras, abaixo relacionadas, na Comunidade de Remanescentes Quilombolas Muquém.

Declaro que fui informado pelas pesquisadoras responsáveis por esse estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento, bem como ter lido e concordar com a realização desse, após o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, em consonância com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

União dos Palmares, 16 de Novembro de 2015



Maria do Rosário Albuquerque Pedrosa

Secretária Municipal de Saúde de União dos Palmares-AL

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Dr^a Jovânia Marques Silva

Professora Adjunta da Universidade Federal de Alagoas Escola de Enfermagem

Orientadora Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) - ESENFAR

Sandra Taveiros de Araújo

Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) – ESENFAR – mat

15130043

