UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: MOVIMENTOS SOCIAIS, POLÍTICOS E EDUCAÇÃO POPULAR.

MÁRCIA DE CAMPOS

VIVÊNCIAS DA PARTEIRA EM ACORIZAL-MT: SABERES E EXPERIÊNCIAS NO CUIDADO COM A VIDA.

Cuiabá – MT
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: MOVIMENTOS SOCIAIS, POLÍTICOS E EDUCAÇÃO POPULAR.

MÁRCIA DE CAMPOS

VIVÊNCIAS DA PARTEIRA EM ACORIZAL-MT: SABERES E EXPERIÊNCIAS NO CUIDADO COM A VIDA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação, na Linha de Pesquisa Movimentos Social, Política e Educação Popular.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Anunciação Pinheiro Barros Neta

Cuiabá – MT
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

C198v Campos, Márcia de Campos
VIVÊNCIAS DA PARTEIRA EM ACORIZAL-MT: SABERES E EXPERIÊNCIAS NO CUIDADO COM A VIDA / Márcia de Campos. – 2017
101 f. : il ; 30cm.

Orientador: Profa. Dra. Maria Anunciação Pinheiro Barros Neta.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Cuiabá, 2017.
Inclui bibliografia.

Parteira, Educação Popular, Saberes, Cuidado em Saúde.. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
Avenida Fernando Corrêa da Costa, 2367 – Boa Esperança – Cep 780609-00 – CUIABÁ/MT
Tel: 3615-8431/3615-8429 – E-mail: secppge@ufmt.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

TÍTULO: "Vivências da parteira em Acorizal-MT: saberes e experiências no cuidado com a vida"

AUTORA: Mestranda Márcia de Campos

Dissertação defendida e aprovada em 09 de março de 2017.

Composição da Banca Examinadora:

Presidente Banca/Orientadora Doutora Maria da Anunciação Pinheiro Barros Neta
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Examinadora Interna Doutora Suely Dulce de Castilho
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Examinador Interno Doutor Luiz Augusto Passos
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Examinadora Externa Doutora Edna Luzia Almeida Sampaio
Instituição: UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO/UNEMAT

CUIABÁ, 08/03/2017

DEDICAÇÃO

“Dedico este trabalho à comunidade de Acorizal - Mato Grosso, que através de suas mães, avós, educadoras e parteiras foram ponte e instrumento a um universo sensível, simbólico e imenso”.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Vida, pois ao longo desse trabalho aprendi que é preciso ter fé. Fé na Vida, fé nos nossos antepassados, fé nas mulheres, nos homens e em todas as criaturas e, finalmente, fé em nós mesmos.

Em seguida, agradeço: À minha família, por todo amor e educação que a mim foram dados, por existirem e por fazerem parte da minha vida.

À minha mãe *Clotilde*, por me ensinar a gostar de mim e ser quem eu sou.

Aos meus irmãos: *Mauricio, Cida, Mauro, Marlene* (in memorem), *Dorinha, João* e *Mariuce* por tudo o que (con)vivemos e por tudo o que ainda vamos (con)viver.

Ao *Lourenço* (in memorem), pai de minhas filhas. Agradeço por me ensinar sobre a importância da luta pela vida e por uma sociedade onde todos os seres vivos possam viver dignamente.

As minhas amadas filhas; *Alice, Ana e Amanda*, quem a vida me presenteou e juntos com elas, veio *Bernardo* amado e querido neto.

Ao *Paulo*, por me amar e permitir que o ame, me ensinando o que é Companheirismo, cumplicidade, confiança e muito afeto.

Agradeço a minha parteira, *Dona Benedita*, mulher forte e solidaria rosto primeiro que vi quando meus olhos se abriram para esta vida.

À *Mariuce* minha irmã, em especial, por me auxiliar nas reflexões para a elaboração desse trabalho. E à João meu querido irmão que leu e releu este trabalho fazendo as correções gramaticais necessários. Gratidão

Às amizades do mestrado, pela alegria do convívio e saberes compartilhados.

Às professoras e professores do Programa de Pó-Graduação em Educação da UFMT, por todos os momentos de troca de saberes, que vivenciamos neste mestrado, em especial minha orientadora professora Professora *Maria Anunciação P. Barros Neta*.

À banca examinadora, Professor *Luiz Augusto Passos*, Professora *Suely Castilho* e Professora *Edna Sampaio*, pela disponibilidade e dedicação.

Às mulheres do município de Acorizal, pela acolhida em especial a *Irmã Dagmar*, por compartilharem suas histórias de vida e seus saberes;

E a todas as pessoas das comunidades por onde estive por poder ser e estar no mundo junto com elas.

Axé

Resumo: Esta é uma pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica, que utilizou a História Oral de Vida como caminho para investigar o fenômeno do ofício de partejar como arte de cuidar da vida. Trata-se de fazer o registro histórico a partir de narrativas de uma parteira que reside no município de Acorizal-MT, há quarenta anos e que ajudou mulheres em mil cento e seis partos (1106), para compreender saberes e experiências das parteiras no cuidar da mulher durante o processo de gestar e parir em domicílio, sua relação com o cuidado em saúde. Consideramos relevante investigar essa experiência, pois lidar com o princípio do cuidado em saúde é criar condições para construir um pensamento e práticas que deem conta e, sobretudo, que não ignorem toda a diversidade cultural, no cuidado, seja de si, do outro e do ambiente. Cabe destacar que, essa problemática de estudo se justifica pela necessidade de registrar a participação da Irmã Dagmar e da história de Acorizal-MT, na educação popular em saúde, na história da saúde de Mato Grosso e das parteiras do Brasil pois, entendemos que os saberes e experiências narrados por ela foram experimentados no cotidiano desta comunidade. Os resultados revelam que a história de vida dessa mulher se inscreve em um saber milenar que ao longo do tempo oferece significativa contribuição para a construção de um novo saber, em busca da humanização das relações no contexto da saúde. Sabe-se que muito desse saber foi desconsiderado com a institucionalização hegemônica do cuidado biomédico e hospitalocêntrico. Diante da diversidade do universo cultural que envolve esse saber, considerado uma prática de solidariedade, afirmamos que a presença da Irmã Dagmar em Acorizal-MT, como a grande cuidadora, demonstra um jeito singular de cuidar, que leva em consideração saberes, comprometimento e responsabilidade e ela o faz como, em suas próprias palavras: “um carisma e um compromisso com um dom de Deus”.

Palavras-chaves: Parteira, Educação Popular, Saberes, Cuidado em Saúde.

Abstract: This is a qualitative research with a phenomenological approach, which used the Oral History of Life as a way to investigate the phenomenon to midwife as an art of caring for life. It is about making a historical record from the narratives of an accoucheuse who resides in the Acorizal town, of the Mato Grosso State (MT), Brazil, forty years ago and who helped one thousand and one hundred and six (1106) women when they were giving birth to their children. This work is to understand the knowledge and experiences of midwives in caring for women during the process of gestating and giving birth at home, and their relation with health care. We consider it relevant to investigate this experience, because dealing with the principle of health care is to create the conditions to construct a thought and practices that give account and, above all, that does not ignore all the cultural diversity, in the care of itself, of the other, and of the environment. It is worth mentioning that this study feature is justified by the need to record the participation of Sister Dagmar and the history of Acorizal town, in popular health education, in the health history of the Mato Grosso State and a notion of all Brazilian midwives' reality. Knowledge and experiences narrated by her were, of course, experienced in the daily life of that community. The results reveal that this woman's life history is inscribed in an ancient knowledge that over time offers a significant contribution to the construction of a new knowledge in search of the humanization of relationships in the context of health. It is known that much of this knowledge was disregarded because of the hegemonic institutionalization of the biomedical and hospital centered care. In view of the diversity of the cultural universe that surrounds this knowledge, considered a practice of solidarity, we affirm that Sister Dagmar's presence in the Acorizal town, as the great caregiver, demonstrates a singular way of caring that takes into account knowledge, appointment and responsibility and she does it exactly as in her own words: "a charism and a commitment with a gift from God".

Keywords: Midwife, Popular Education, Knowledge, Practices in Health Care.

Resumen: Se trata de una investigación cualitativa con un enfoque fenomenológico, que utiliza la Historia Oral de Vida como una forma de investigar el fenómeno de la profesión de partería como arte del cuidado por la vida. Este estudio es para hacer el registro histórico de las narrativas de una partera que reside en el municipio de Acorizal, del estado Mato Grosso (MT), Brasil, e esto ya hace cuarenta años que ella ayuda a las mujeres, en mil ciento y seis (1106) partos. Y este trabajo tiene aún el fin de entender los conocimientos y experiencias de las parteras en la atención a las mujeres durante el proceso de gestar y dar la luz en sus casas y aún su relación con el cuidado a la salud. Consideramos que es muy importante investigar esta experiencia, ya que se trata del principio de la asistencia del cuidado y esto es crear las condiciones para construir un pensamiento y prácticas que dan cuenta y, sobre todo, no ignoren la diversidad cultural en la atención a la vida, ya sea por si mismo, a los demás y al medio ambiente. Cabe señalar que esta cuestión de estudio se justifica por la necesidad de registrar la participación de la hermana Dagmar en la historia de Acorizal-MT, en la educación de salud popular, en la historia de la salud de Mato Grosso y parteras en Brasil, porque entendemos que los conocimientos y experiencias relacionados a ella se experimentaron en la vida cotidiana de esta comunidad. Los resultados revelan que la historia de la vida de esta mujer se inscribe en un milenario saber que con el tiempo proporciona una contribución significativa a la construcción de un nuevo conocimiento en la búsqueda de la humanización de las relaciones en el contexto de la salud. Se sabe que gran parte de este conocimiento fue desconsiderado con la institucionalización hegemónica de la atención biomédica y centrada en el hospital. Dada la diversidad del universo cultural que rodea a este conocimiento, considerado como una práctica de la solidaridad, afirmamos que la presencia de la hermana Dagmar en Acorizal-MT, ya que la gran cuidadora demuestra una manera única de tener cuidado y que tiene en cuenta el conocimiento, el compromiso y la responsabilidad y lo hace como, en sus propias palabras: “un carisma y un compromiso con un regalo de Dios”.

Palabras clave: partera, la educación popular, conocimientos, prácticas en la atención a la salud.

Résumé: Ceci est une recherche qualitative avec une approche phénoménologique, qui a utilisée l'Histoire Orale de la Vie comme un moyen d'enquêter sur le phénomène du métier d'accoucheuse, comme l'art de prendre soin de la vie. Ceci s'agit de rendre le dossier historique des récits d'une sage-femme qui réside quarante ans dans la municipalité d'Acorizal, de l'état du Mato Grosso (MT), au Brésil. Cette accoucheuse a aidé à mille cent six (1106) femmes à accoucher et on cherche de comprendre les savoirs et les expériences des sages-femmes, pendant le processus de grossesse et de donner naissance à la maison de certaines femmes, et leur relation des soins de santé avec ces femmes enceintes. Nous considérons qu'il est très important d'enquêter sur ces expériences, parce que le contact avec le principe des soins de santé est de créer les conditions pour construire une pensée et des pratiques qui donnent compte et, surtout, ne pas ignorer la diversité culturelle à l'attention de la vie, que ce soit d'elle-même, d'autres et de l'environnement. Il convient de noter que cette question de cet étude est justifiée par la nécessité d'enregistrer la participation de la Sœur Dagmar et l'histoire d'Acorizal, Mato Grosso, dans l'éducation de santé populaire dans l'histoire de la santé du Mato Grosso et les accoucheuses au Brésil, parce que nous comprenons que la connaissances et expériences liées par elle ont été dans la vie quotidienne de cette communauté. Les résultats révèlent que l'histoire de la vie de cette femme est inscrite dans un millénaire savoir que le temps apporte une contribution significative à la construction d'une nouvelle connaissance à la recherche de l'humanisation des relations dans le contexte de la santé. On sait qu'une grande partie de cette connaissance a été méconnue à l'institutionnalisation hégémonique des soins biomédicaux et centrés aux hôpitaux. Compte tenu de la diversité de l'univers culturel qui entoure cette connaissance, considérée comme une pratique de la solidarité, nous affirmons que la présence de la Sœur Dagmar en Acorizal-MT, comme la grande fournisseuse de soins, démontre une façon unique de prendre soin qui tient compte de savoirs, l'engagement et la responsabilité et elle l'a fait, dans ses propres mots: "un charisme et un compromis avec un don de Dieu".

Mots-clés: Sage-femme, éducation populaire, connaissances, pratiques en soins de la santé.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores Demográficos, Município de Acorizal, Mato Grosso e Brasil: 2000 e 2010.....64

Tabela 2 – Distribuição da População Residente, Segundo Situação de Domicílio – Acorizal/ MT: 1991, 2000 e 2010.....65

Tabela 3 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Acorizal, Mato Grosso e Brasil, 1991, 2000 e 2010.....65

Tabela 4 – Vulnerabilidade Social: Acorizal– 1991, 2000 e 2010.....65

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – 67

Figura 2 – 81

Figura 3 – 87

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....15

CAPÍTULO I - UM MERGULO TEÓRICO SOBRE EDUCAÇÃO POPULAR.....24

1.1 Educação Popular.....24

1.2 Educação Popular como prática educativa em saúde.....27

CAPÍTULO II - CUIDADO COMO PRÁTICA SOCIAL EM SAÚDE.....37

2.1 Ética do saber cuidar.....37

2.2 Cuidar de mim e cuidar do outro.....39

2.3 Saberes e práticas de cuidar.....43

2.4 Cuidado em saúde, um conceito em construção.....44

2.5 O ofício de partejar na arte de cuidar da vida.....48

CAPÍTULO III - CAMINHO METODOLÓGICO.....54

3.1 A fenomenologia para compreender os saberes e experiências das parteiras.....55

3.2 História oral caminho para compreensão.....59

3.3 Território, lugar da história e memorias – Acorizal–MT.....63

CAPÍTULO IV - DESVELANDO A PARTIR DE NARRATIVAS: SABERES, E EXPERIÊNCIAS DA IRMÃ DAGMAR NA ARTE DE CUIDAR DA VIDA.....67

4.1 Um pouco da história de vida - Irmã Dagmar.....68

4.2 Irmã Dagmar e o oficio de partejar.....75

CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....94

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....98

“Eu falava assim para as mulheres: valorizar a vida delas e das crianças, demonstrar que a vida é um dom de Deus, então vamos cuidar bem destas crianças. Eu sempre demonstrava para elas que desde o útero materno a criança já estava recebendo as condições para ser melhor como pessoa humana”. (IRMÃ DAGMAR, 2016)

APRESENTAÇÃO

“Essa ciranda não é minha só
Ela é de todos nós
A melodia principal quem
Guia é a primeira voz
Pra se dançar ciranda
Juntamos mão com mão
Formando uma roda
Cantando uma canção”
(Lia de Itamaracá)

Começo apresentando parte de minhas trajetórias pessoais e profissionais com as inquietações que fizeram parte do processo que levou à minha atual visão de mundo. Visão esta por meio da qual pude identificar algumas lacunas em meu conhecimento que possibilitaram a formulação da questão de pesquisa que orienta esse trabalho.

Nasci em Cuiabá, com parteira, Dona Benedita do Coxipó, portanto sou cuiabana, em uma família de oito irmãos, minha ancestralidade vem de Mimoso, sou desentende dos povos Bororos assim contava minha avó materna.

Nos anos 80 participei ativamente do Movimento Popular de Saúde – MOPS, onde nossas principais bandeiras eram a democratização do Brasil, luta pela saúde pública e de qualidade, a educação para todos, e pela participação da comunidade nas políticas públicas.

Foi nestes lugares onde tive a oportunidade de ouvir, pela primeira vez, que a sociedade se dividia em modelos econômicos, sociais e culturais, que estes modelos econômicos eram diferentes e existiam empobrecidos e enriquecidos, oprimidos e opressores. Que a política se dividia entre direita e esquerda e que os modelos de sociedade eram capitalistas ou socialistas. Nesse momento que me descobri no mundo como sujeito em transformação e tive o desejo de ser educadora, entendendo a força da educação como construção de consciência. Fizemos a opção pela educação popular.

Nos movimentos de base popular foi que, inicialmente, aprendi a fazer educação popular na prática, na experimentação, na troca de afetos, saberes e vivências com as pessoas.

Foi a partir das experiências com estes movimentos que fiz vários cursos de formação política e de direitos humanos.

Posso dizer que a minha formação esta alicerçada em lugares que considero importantes: o lugar da academia, onde em 1993 me formei como Assistente Social, e o lugar do envolvimento com os movimentos populares, onde participei como educadora popular e militante em defesa dos direitos humanos.

Durante todo este processo participei de vários movimentos populares, como: Comunidades Eclesiais de Base (CEB's), vinculados à Igreja Católica; Movimento Popular de Saúde (MOPS), Centro de Direitos Humanos Henrique Trindade (CDHHT), Conselhos de Saúde, Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde (ANEPS[1]), Associação Brasileira de Homeopatia Popular (ABHP) e Fórum Mato-grossense de Meio Ambiente e Desenvolvimento (FORMAD), entre outros.

Como servidora pública, a partir de setembro de 2000, posso afirmar que a inquietação sobre a temática desta pesquisa surgiu com a vivência como coordenadora do projeto de extensão de Educação Popular em Saúde. Naquela oportunidade o projeto foi desenvolvido a partir do diálogo constante entre a Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso (ESP/MT) e os Movimentos sociais representados pela ANEPS/MT.

A proposta do projeto de extensão foi pensar estratégias de integralidade da educação nos processos de construção de saberes compartilhados e da cidadania. A metodologia para realização deste projeto aconteceu por meio de oficinas temáticas cuja dinâmica implicou em rodas de conversa. Tinha-se por objetivo potencializar o trabalho em grupo e valorizar a trajetória de vida e experiências das quais cada pessoa é portadora, bem como promover a oralidade e a preservação dos saberes e práticas populares.

---

[1] ANEPS - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde, criada em 2003 por iniciativa de movimentos e práticas de educação popular e saúde existente no Brasil, se propõem a pensar políticas públicas para o SUS, contribuindo com as Conferências Nacionais de Saúde e participando do desenvolvimento de processos de aprender-ensinar em saúde nos estados brasileiros. Essa Articulação tem contribuído para a visibilidade e o intercâmbio das práticas populares de saúde. Iniciaram essa Articulação, em 2003, a Rede de Educação Popular e Saúde; a Direção Nacional Executiva dos Estudantes de Medicina (DENEM); o Movimento de Reintegração dos Atingidos pela Hanseníase (MORHAN); o Grupo de Trabalho da Amazônia (GTA) através do Projeto Saúde e Alegria; o Movimento Popular de Saúde (MOPS); o Movimento das Mulheres Camponesas (MMC) e o Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra (MST). (OLIVEIRA, M. W.,2009)

Os diálogos realizados durante as rodas de conversa contribuíram para o empoderamento dos sujeitos no sentido de legitimar suas práticas cotidianas referentes aos cuidados em saúde, apontarem os limites e possibilidades dessas práticas, bem como, identificar como tem sido o diálogo entre essas práticas e a política de saúde.

E neste sentido a participação das parteiras foi importante, chamando atenção para a percepção das mesmas para o cuidado com a vida no ato de partejar. E assim foi sendo construído nosso encontro.

Ao ingressar no mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação - PPGE, sob a orientação da professora Maria Anunciação Pinheiro Barros Neta, quando do delineamento do projeto de pesquisa, observamos como está implícita a questão do cuidado e da educação popular em saúde no processo do fazer das parteiras. Esta questão foi sendo apresentada com os relatos das rodas de conversas do projeto de extensão acima citado.

Então partimos em busca de nossas colaboradoras deste estudo, encontramos algumas dificuldades, pois nos municípios da baixada cuiabana como: Santo Antonio do Leverger, na comunidade de "colônia Izabel", Barão de Melgaço e Poconé, por onde passamos por vários fatores, não foi possível encontrá-las.

Em conversa informal relatei esta dificuldade ao Professor Luiz Augusto Passos, membro dos grupos: Grupo de Pesquisa Movimentos Sociais e Educação e Grupo de Estudos Educação e Merleau-Ponty (GPMSE e GEMPO, respectivamente), aos quais estou vinculada, com muito carinho, o Professor Luiz Augusto Passos me falou da Irmã Dagmar. Passos, assim conhecido carinhosamente, me orientou que fosse então conversar com ela e lhe propor que fosse nossa colaboradora neste estudo. Após uma longa conversa e com ajuda da Irmã Vera, sua companheira de caminhada, irmã Dagmar se dispôs a nos ajudar.

Tendo definido como **objeto deste estudo** os *saberes e experiências das parteiras no cuidado com a vida*, elaborei a seguinte **questão de pesquisa**: "*Os saberes e experiências das parteiras potencializam sentidos de cuidados em saúde, bem como contribui para o fortalecimento da educação popular em saúde"?*

A presente pesquisa tem, então, como **objetivo**: *compreender saberes e experiências das parteiras no cuidar da mulher durante o processo de gestar e parir, sua relação com o*

cuidado e a educação popular em saúde, bem como fazer o registro da história oral de vida de uma parteira que reside em Acorizal-MT.

Para o aprofundamento dos estudos e ancoragem teórica desta pesquisa, vali-me das áreas de *Cuidado em Saúde* e *Educação Popular e Saúde*.

Considera-se que as parteiras compõem as categorias primeiras, mais antigas e mais permanentes cuidadoras da saúde na humanidade. Toda parteira, de forma geral, começou a exercitar sua prática a partir da necessidade do ajudar outra parteira, no acompanhamento de outra mulher no trabalho de parto.

O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) destacou que, o ofício desenvolvido pelas parteiras pode evitar cerca de dois terços de todas as mortes maternas e entre recém-nascidos registrados no mundo. A estimativa do fundo é que o serviço das parteiras salve 300 mil mulheres e três milhões de bebês todos os anos. De acordo com a UNFPA, as parteiras também são capazes de oferecer 87% de todos os serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva materna e ao desenvolvimento dos recém-nascidos. Ainda assim, apenas 42% das pessoas com habilidades para serem parteiras desenvolvem o ofício de partejar nos 73 países onde são registrados altos índices de mortalidades maternas e de recém-nascidos.

A assistência ao parto e nascimento no Brasil não é homogênea. Embora a maioria dos partos ocorra em ambiente hospitalar, o parto domiciliar assistido por parteiras está presente no nosso País, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo nas áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, em populações tradicionais quilombolas, indígenas e outras de difícil acesso.

A diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do nosso País exige, entretanto, a adoção de diferentes modelos de atenção integral à saúde da mulher e da criança e à implementação de políticas públicas que atendam às especificidades de cada realidade, procurando-se considerar o princípio da equidade e resgatar a dívida histórica existente em relação às mulheres e às crianças assistidas por parteiras.

Em muitas regiões, especialmente na zona rural e nas regiões ribeirinhas, de difícil acesso, a única opção para a mulher é o parto domiciliar assistido pela parteira. O parto

domiciliar tem importância cultural em várias comunidades, particularmente nas indígenas e quilombolas (PINTO, 2002).

De acordo com a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, de 2006, em 76% das gestações de 2006, o parto foi realizado no SUS. Nesses dez anos, houve grande redução no número de partos domiciliares no meio rural, passando de 19,8% para 3,5%. Ao mesmo tempo, a assistência do médico durante o parto subiu de 77,6% para 88,7% no País. Somente no meio rural, a presença do médico passou de 57,7%, em 1996, para 82,6%, em 2006. Isso implica dizer que enfermeiras, auxiliares de enfermagem e parteiras tradicionais foram responsáveis por cerca de 20% dos partos.

De acordo com o DATASUS e o SINASC, a média de nascimento em domicílio, na Região Norte, representa 5,8% dos partos; no Nordeste, 2,32% dos partos; e no Centro-Oeste, 0,30%. A situação do parto domiciliar não é notificada. O sistema de saúde, na verdade, não assume o compromisso e a responsabilidade com o trabalho da parteira. O SUS e o Ministério da Saúde consideram que essa responsabilidade é do sistema. A grande maioria desses partos não é notificada ao sistema.

Este ofício também enfrenta muitos preconceitos. Dar visibilidade ao ofício de partejar pode representar um divisor de águas, para que as mulheres procurem mais esse serviço no momento do parto. O conhecimento do ofício de partejar é vivenciado e repassado através da transmissão oral por parteiras mais velhas às mais novas, frequentemente são da família; mães, sogras, e/ou amigas e vizinhas, com quem têm laços afetivos e vivenciaram suas experiências.

A atuação das parteiras em países como o Brasil é fundamental, uma vez que ajuda a desvincular a ideia do parto centrado no hospital e no profissional médico, dificultando à mulher e sua família a oportunidade de vivenciar uma experiência gratificante, prazerosa e saudável. Neste sentido, é importante resignificar com as mulheres que podem parir e que são protagonistas nesse momento. O trabalho das parteiras vai contra o modelo vigente no país, biomédico e hospitalocêntrico, tendo como consequência altas taxas de cesáreas.

Em Mato Grosso, diferentes grupos, movimentos, e as próprias comunidades na singularidade de suas práticas locais, constituíram um elemento importante de uma prática de

cuidado da saúde que levou em conta a diversidade de saberes, de fazeres e de sua cultura, destacamos a participação singular das parteiras neste Estado.

As parteiras, em Mato Grosso, até a década de 80, tiveram relevante contribuição com as mulheres no processo de nascimento. Apresentamos aqui alguns nomes que encontramos através de uma revisão sistemática para conhecer os estudos já realizados em Mato Grosso, sobre o tema. Encontramos: Maria Parteira – Tangará da Serra; Irmã Genoveva – Parteira do povo Tapirapé – viveu 60 anos com este povo; Dona Margarida Boss – Cáceres; Dona Francisca, conhecida como Dona Preta – margens do Araguaia; Maria Claudina de Jesus, a "Dinha Lia" de Rondonópolis; dentre outras tantas.

Constamos que muitas destas parteiras estão parando de desenvolver este ofício. Tal fato tornou-se perceptível, pois encontramos dificuldade de encontrá-las no caminho percorrido para esta investigação, bem como na busca de bibliografia sobre as parteiras em Mato Grosso. Percorremos vários municípios que compõem a baixada cuiabana e não as encontramos, deparamos também como a inexistência de registros escritos sobre suas presenças, vivências e experiências.

Nos dados oficiais, sobre partos, no sistema de saúde do município estudado, não se encontra referência a estas mulheres. Existe apenas uma memória oral que guarda saberes e experiências no ofício de partejar, que foi transmitida pela narrativa de uma mulher que há 40 anos vem ajudando outras mulheres de Acorizal-MT, a "dar à luz".

Cabe destacar que, essa problemática de estudo se justifica pela necessidade de registrar e incluir a participação dessas parteiras na educação popular em saúde, na história da saúde de Mato Grosso e das parteiras do Brasil, pois entendemos que os cuidados com a vida desenvolvidos e presentes por elas, foram engendrados no cotidiano e na reciprocidade entre as mulheres e as famílias de suas comunidades. Entendemos também que, para compreender a importância das parteiras no cuidado com a vida é indispensável reconstruir a história de múltiplas práticas vivenciadas.

Para tanto, utilizamos da entrevista do tipo história oral de vida. São três modalidades de história oral: a história de vida definida como a narrativa do conjunto da experiência de vida de uma pessoa; a temática, que parte de um assunto específico e preestabelecido e se

compromete com o esclarecimento ou opinião do entrevistado sobre algum evento definido; a tradição oral que trabalha com a permanência dos mitos e com a visão de mundo das comunidades que têm valores filtrados por estruturas mentais asseguradas em referências do passado remoto (MEIHY; HOLANDA, 2015).

Ao optarmos pela história oral de vida, levamos em consideração que este tipo de instrumento de coleta de informações oferece possibilidades na investigação dos fenômenos, na perspectiva de compreender o indivíduo inserido no contexto em sua própria realidade, valorizando suas experiências de vida. Foram realizados vários encontros com nossa colaboradora, foi apresentada a proposta desta pesquisa, realizamos as entrevistas, foram momentos de conversas com os quais possibilitaram conhecer seus saberes sobre as diferentes formas de cuidar da vida, da saúde, cuidados estes inscritos em suas histórias.

Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com três mulheres, às quais a Irmã Dagmar ajudou a realizar seus partos, como objetivo de registrar o reconhecimento a partir da percepção da comunidade e principalmente das mulheres da presença e relevância da nossa colaboradora no município de Acorizal-MT.

Portanto, acredito que a pesquisa também pode contribuir para fortalecer um modelo de atenção à saúde, com práticas humanizadas, as quais implicam mudanças de atitudes que envolvem compromisso técnico, político, social, cultural e afetivo dos atores sociais, dentre estes atores estão os trabalhadores da saúde.

A seguir, apresentamos o que será abordado nos capítulos dessa dissertação.

O **Capítulo I** trata do conceito de EDUCAÇÃO POPULAR, apresentando o que se entende por saberes e experiência, junto ao que se passou a conceber sobre *Educação Popular* e *Educação Popular e Saúde*; sendo que a intenção de aquisição de um conhecimento específico sobre outra realidade; compreender saberes e práticas das parteiras no cuidar da mulher durante o processo de gestar e parir e sua relação com o cuidado em saúde; conduziu à adoção do referencial teórico da *Educação Popular* como norteador para essa pesquisa. Nas leituras de Paulo Freire (1987, 2005) e Eymard Vasconcelos (1997, 1998, 2004, 2006, 2008) aprofundamos nossas reflexões sobre o tema.

O **Capítulo II** trata sobre o CUIDADO E O CUIDADO EM SAÚDE. Para compreender o sentido do cuidado, buscamos nas reflexões de Leonardo Boff em *Saber Cuidar*, onde é apresentado à ética do cuidado e em Roseni Pinheiro (2005) nos fundamentos do cuidado e humanização em saúde. Apresentamos também neste capítulo o ofício de partejar como uma prática social de cuidado em saúde, onde buscamos no pensamento de Iraci Barroso nosso referencial teórico neste tema.

O **Capítulo III** apresenta O CAMINHO METODOLÓGICO, uma vez que esta pesquisa localiza-se dentro da metodologia qualitativa, com abordagem fenomenológica, destacando aspectos relevantes das reflexões Merleau-Pontyana, pretendendo captar os saberes e experiências das parteiras no cuidado com a vida e sua relação com o cuidado em saúde. Contextualiza-se ainda a história oral de vida, como instrumento de coleta de informações que sustenta esta pesquisa, junto às descrições das metodologias de coleta e análise dos dados adotados.

Na tentativa de responder à questão de pesquisa e de concretizar os objetivos, é apresentado no **Capítulo IV,** DESVELANDO A PARTIR DE NARRATIVAS, onde foi possível registrar a história de vida de uma parteira, que nos permitiu desvelar seus saberes e experiências que compõem o ofício de partejar, os significados e sentidos para compreender sua dimensão como arte de cuidar da vida, bem como sua importância para a comunidade. Também apresento algumas reflexões sobre o que foi vivido, pautadas no referencial teórico que embasa este trabalho e em outros estudos acadêmicos sobre as questões levantadas na análise dos dados.

Por fim, no **Capítulo V**, CONSIDERAÇÕES FINAIS, compartilham-se outras reflexões sobre a maneira como se deu o processo de pesquisar, as expectativas da pesquisadora e os apontamentos pertinentes para as próximas investigações.

"O cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano. O modo-de-ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano".

(Boff, 2004)

CAPÍTULO I - UM MERGULO TEÓRICO SOBRE EDUCAÇÃO POPULAR

É!
A gente quer valer o nosso amor
A gente quer valer nosso suor
A gente quer valer o nosso humor
A gente quer do bom e do melhor...
A gente quer carinho e atenção
A gente quer calor no coração
A gente quer suar, mas de prazer
A gente quer é ter muita saúde
A gente quer viver a liberdade
A gente quer viver felicidade...
A gente quer viver pleno direito
A gente quer viver todo respeito
A gente quer viver uma nação
A gente quer é ser um cidadão...
(Gonzaguinha)

Neste capítulo trata do referencial teórico, apresentando o que se entende por saberes junto ao que se passou a conceber sobre *Educação Popular e Educação Popular em Saúde*; sendo que a intenção de aquisição de conhecimento específico sobre outra realidade – compreender saberes e práticas das parteiras no cuidar da mulher, durante o processo de gestar e parir e sua relação com o cuidado em saúde.

1.1 - Educação Popular

Nesta seção, faço um resgate do processo histórico de constituição da educação popular, fruto da atuação de diversos pensadores e educadores. Realizo também uma descrição das características gerais da educação popular em saúde, suas grandes pautas, a maneira como os autores desta perspectiva compreendem a atuação educativa dos serviços de saúde junto à população, suas críticas e disputas com o modo hegemônico de se organizar a educação na saúde.

O pernambucano Paulo Freire (1921-1997) foi um desses intelectuais. Ele foi o primeiro a sistematizar teoricamente a experiência acumulada pela Educação Popular. E fez isto de uma forma muito elaborada, elegante e amorosa. Seu livro Pedagogia do Oprimido, escrito em 1966, difundiu a Educação Popular por todo o mundo. Por isso, em muitos países, a Educação Popular costuma ser chamada de pedagogia freiriana. A teorização da Educação Popular permitiu não apenas a sua difusão, mas o seu aperfeiçoamento, na medida em que apurou aquilo que lhe era mais fundamental e ajudou a organizar os seus princípios de forma coerente.

> Mais uma vez os homens, desafiados pela dramaticidade da hora atual, se propõem a si mesmos como problema. Descobrem que poucos sabem de si mesmos como problema. Descobrem que poucos sabem de si, de seu "posto no cosmos", e se inquietam por saber mais. Estará, aliás, no reconhecimento do seu pouco saber de si uma das razões desta procura. Ao se instalarem na quase, senão trágica descoberta do seu pouco saber de si, se fazem problemas a eles mesmos. Indagam. Respondem, e sua resposta os leva às novas perguntas. (FREIRE, 1987, p.29)

E ainda

> Começaremos reafirmando que os homens são seres de práxis. São seres do quefazer, diferentes, por isto mesmo, dos animais, seres do puro fazer. Os animais não "ad-miram" o mundo. Imergem nele. Os homens, pelo contrário, como seres do quefazer "emergem" dele e, objetivando-o, podem conhecê-lo e transformá-lo com seu trabalho, mas, se os homens são seres do quefazer é exatamente porque seu fazer é ação e reflexão. É práxis. É transformação do mundo. E, na razão mesma em que o quefazer é práxis, todo fazer do quefazer tem de ter uma teoria que necessariamente o ilumine. O quefazer tem de ter uma teoria e prática. É reflexão e ação. (FREIRE, 1987, p. 121.)

Para Freire, nossa atitude e comprometida – e não neutra – diante da realidade que buscamos conhecer resulta, num primeiro momento, de que o conhecimento é processo que implica na ação – reflexão do homem sobre o mundo. Acontece, porém, que o caráter teleológico da unidade ação-reflexão, isto é, de práxis, com que a pessoa, transformando o mundo, se transforma, não pode prescindir daquela atitude comprometida que, desta forma, em nada prejudica nosso espírito crítico ou nossa cientificidade. O que não nos é legítimo fazer é pôr-nos indiferentes ao destino que possa ser dado a nossos achados por aqueles que,

detendo o poder das decisões e submetendo a ciência a seus interesses, prescrevem suas finalidades às maiorias.

No livro Pedagogia do Oprimido, Paulo Freire (2005) nos propõe compreender a importância e necessidade de uma pedagogia dialógica e emancipatória do oprimido, em oposição à pedagogia da classe dominante, que contribua para a sua libertação e sua transformação em sujeito cognoscente e autor da sua própria história, através da práxis, enquanto unificação entre ação e reflexão.

Nesta pedagogia, o educador, através de uma educação dialógica problematizante e participante, alicerçada na confiança no povo, na fé nos homens e na criação de um mundo onde cada pessoa seja valorizada pelo que é, onde a liberdade do povo deve atender à perspectiva do oprimido e não do opressor. Neste sentido procura conscientizar e capacitar o povo para a transição da consciência ingênua à consciência crítica com base nas fundamentações lógicas do oprimido. Assim, caracteriza-se por um movimento de liberdade que surge a partir dos oprimidos, sendo a pedagogia realizada e concretizada com o povo na luta pela sua humanidade.

A educação popular toma como ponto de partida os saberes prévios do educando. Estes saberes são construídos pelas pessoas à medida que elas vão seguindo seus caminhos de vida e são fundamentais para que consigam superar, em diversas ocasiões, situações de muita adversidade. Algumas perspectivas da educação popular fazem uma aposta pedagógica na ampliação progressiva da análise crítica da realidade por parte dos coletivos à medida que eles sejam, por meio do exercício da participação popular, produtores de sua própria história (VASCONCELOS, 2004 apud FREIRE, 1996).

Problematizando a realidade tomada como referência, a Educação Popular mostra-se como um dispositivo de crítica social e das situações vivenciadas por indivíduos, grupos e movimentos, permitindo a visão de fragmentos que estavam invisíveis e ideologias naturalizadas como realidades, favorecendo a liberação de pensamentos e de atos ativos de mudança social. Permite a produção de sentidos para a vida e engendra a vontade de agir em direção às mudanças que se julgam necessárias. As ações pedagógicas constroem cenários de

comunicação em linguagens diversas, transformando as informações em dispositivos para o movimento de construção e criação.

1.2 - Educação Popular como prática educativa em saúde

Diante dos objetivos deste estudo, esta seção consegue apresentar algumas das formulações mais relevantes dos autores desta matriz, bem como é fundamental para compreender o contexto teórico e político de onde fala Vasconcelos, de quem aprofundo nas análises em relação à Educação Popular em Saúde.

Falar sobre Educação Popular e Saúde é necessariamente falar de Educação Popular. É através dela, e de sua história, que profissionais de saúde foram desenvolvendo formas de atuar junto à população, buscando incorporar os saberes construídos através de suas experiências de vida e considerando tudo aquilo que representa valores, práticas e processos simbólicos.

Segundo alguns autores, a educação popular, além de levar à inclusão de novos atores no campo da saúde, permite também que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber da população (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). A educação popular em saúde, assim, busca empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, em que ambos têm a enriquecer reciprocamente. Segundo diversos autores, esta proposta torna-se cada vez mais necessária, à medida que vem sendo produzido um distanciamento cultural entre as instituições de saúde e a população, fazendo com que uns não compreendam o modo que os outros operam.

Para Vasconcelos (2001),

> A educação popular em saúde pode ser denominada como um movimento social de profissionais, técnicos e pesquisadores empenhados no diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas da população pela saúde. (2001, p.56).

Para o autor a centralidade está no diálogo e no serviço de saúde, como estratégia para permitir a troca de saberes entre profissionais e usuários. (VASCONCELOS, 1997). Esta troca de conhecimentos e saberes é uma característica, geralmente, bastante enfatizada nas

produções sobre Educação Popular em Saúde (EPS). Ela procura dar visibilidade aos processos de aprendizado mútuo, em que educando e educador aprendem em comunhão (VASCONCELOS, 2008).

O movimento da EPS tem encarado alguns desafios: o primeiro deles é a aproximação desses dois campos do saber aparentemente tão distintos. Arroyo (2001) enfatiza que é preciso construir mediações, analisar discursos, representações e redimensioná-los, pois, é necessário que a inserção no meio popular ajude a selecionar os eixos comuns de reflexão. A ampliação do conceito de saúde, relacionada à qualidade de vida, faz com que se discutam os determinantes do processo saúde/doença e se articule a luta pela saúde com os direitos sociais e a cidadania. É no bojo desses movimentos e encontros de luta que se percebe um novo campo, sendo construído em torno do tema EPS e que tem se configurado como um espaço de troca, construção de conhecimentos e ação (ARROYO, 2001).

Brandão (2001) por sua vez, propõe a formação da pessoa cidadã, participante e atuante no mundo, a partir do investimento na pessoa humana. Essa formação é pensada a partir da liberdade, autonomia, consciência crítica e responsável, ativa e solidária. Para a formação dessa pessoa, é necessário que a "era do conhecimento" possa se abrir ao desvelamento de quatro horizontes: a) o das pessoas existirem como seres da vida, pois dentro de todas existem a interação, a integração e a indeterminação de forças e de princípios complexos e diferenciados; b) o de estender o contrato social dos direitos humanos a todos os seres com quem é compartilhado, nesse planeta, o experimento de viver; c) o das pessoas entenderem que o que as coloca como seres humanos é o fato de terem raciocínio e de pensarem o mundo em que vivem; d) o de que ousadia é os seres pensarem e ousarem viver em nome da paz criada sobre o primado da justiça e da igualdade solidária.

Vasconcelos (2001) faz uma colocação a esse respeito, dizendo que os profissionais da área da saúde e usuários dos serviços são influenciados por diversas correntes de pensamento, envolvendo variados níveis e tipos de saberes. Desta forma, envolve o conhecimento oriundo do senso comum, das práticas religiosas, das discussões filosóficas e das teorias elaboradas pelo conhecimento científico sobre a vida, saúde e doença das pessoas, ao longo do tempo. Assim, torna-se necessário compreender, para a otimização da prática sanitária, a importância da educação popular, visto que a sua tecnologia educacional propõe uma possível condução

do processo educativo, visando, quase sempre, a apuração, organização, conscientização e aprofundamento do sentir, pensar e agir das diversas categorias de sujeitos e grupos oprimidos da sociedade, bem como, de seus parceiros e aliados.

A educação popular em saúde é o processo contínuo que busca diálogo entre o conhecimento científico dos profissionais de saúde à realidade da população, gerando um sistema de troca de saberes, no qual a articulação dos diferentes grupos possibilita reflexão e estudo sobre as práticas educativas, sociais e de saúde.

No confronto de tais práticas sistematizadas, justapõem-se informações e interpretações diferentes, que permitem a transformação de problemas individuais de saúde, em problemas coletivos enfrentados com discussões, lutas políticas, criação de redes de solidariedade e manifestações culturais. Por sua vez, a prática de uma educação dialógica nesses espaços, além de buscar a transformação de saberes existentes, visa construção da consciência de sua autonomia e responsabilidade com a saúde, não só através dos conhecimentos técnico científicos, mas também, a partir da compreensão do conceito abrangente de saúde-doença-cuidado.

Tais experiências têm possibilitado a construção de formas mais apropriadas para promover, manter e recuperar a saúde da população. Por outro lado, a fragmentação do indivíduo, o uso indiscriminado das tecnologias médicas e o enfoque dado à doença e não ao doente, têm sido características presentes na medicina ocidental moderna e ainda predominam no cotidiano das instituições formadoras e prestadoras dos serviços de saúde.

O percurso das ações de educação popular em saúde no Brasil, entre movimento social e ferramenta metodológica, tem suas raízes nas primeiras décadas do século XX. As campanhas sanitárias da 1ª República e a expansão da medicina preventiva, para algumas regiões do país, a partir da década de 1940, no Serviço Especial de Saúde Pública, apresentavam estratégias de educação em saúde autoritária, tecnicista e biologicista, em que as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias (VASCONCELOS, 2001).

Até a primeira metade da década de 1970, a prática de atenção à saúde se resumia quase exclusivamente à medicina privada, para os que podiam pagar, e nos hospitais da

previdência social, para os trabalhadores que tinham carteira assinada, em ambas as situações desenvolvendo práticas de caráter basicamente curativas. As ações preventivas e educativas em saúde se davam de forma isolada. As condições de saúde das classes empobrecidas eram péssimas e não refletiam o crescimento econômico da época.

Segundo Stotz, David e Wong-Un (2005),

> A unidade de propósitos dos participantes do movimento consiste em trazer, para o campo da saúde, a contribuição do pensamento freiriano, expressa numa pedagogia e concepção de mundo centrada no diálogo, na problematização e na ação comum entre profissionais e população. É importante ressaltar, na identidade do pensamento de Paulo Freire e a dos participantes do movimento de educação popular e saúde, a convergência de ideologias aparentemente díspares, quais sejam, o cristianismo, o humanismo e socialismo (STOTZ; DAVID; WONG-UN, 2005, p.5).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem apresentado setores específicos para construção de políticas e incentivos às atividades no campo da educação popular em saúde e também foi criado um grupo de trabalho específico, junto à Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, órgão que congrega as entidades acadêmicas brasileiras que produzem no campo da saúde coletiva. (ALBUQUERQUE; STOTZ; VASCONCELOS, 2004).

Em novembro de 2013, é publicada pelo Ministério da Saúde a portaria 2.761, que institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS. Tal política apresenta os seguintes princípios: o diálogo; a amorosidade; a problematização; a construção compartilhada do conhecimento; a emancipação; e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Como eixos estratégicos, essa política define: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde; e intersetorialidade e diálogos multiculturais. (BRASIL, 2013).

Este sucinto resgate histórico se fez no intuito de demonstrar que, mais do que sujeitos que produzem uma reflexão acadêmica, no campo da educação popular em saúde, nos deparamos com coletivos que vêm desenvolvendo intensa militância política e social. Para muito, além disto, são coletivos que apresentam grande dinamicidade e que têm a capacidade

de constituir redes de articulação poderosas em suas capilaridades. Nestes movimentos, foram sendo formuladas novas maneiras de se compreender e de realizar processos educativos.

E importante resaltar que, o processo histórico de constituição da educação popular em saúde como fruto da atuação de diversos movimentos sociais, movimentos de trabalhadores da saúde, determinou suas características gerais, seus princípios, bem como suas críticas e disputas com o modo hegemônico de organizar a educação e a atenção à saúde.

A educação popular, além de permitir a inclusão de novos atores no campo da saúde, fortalecendo a organização popular, permite também que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber popular. A educação popular em saúde, assim, busca empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, em que ambos têm a enriquecer reciprocamente. Segundo diversos autores, essa proposta torna-se cada vez mais necessária, à medida que foi sendo produzido um distanciamento cultural entre as instituições de saúde e a população (muito bem) fazendo com que uns não compreendam o modo como os outros cuidam de si, do outro e do meio ambiente.

> É com essa perspectiva que a Educação Popular em Saúde vem sendo construída. De 2003 até os dias atuais, ganhou espaços dos mais diversos, instalando-se no dia a dia dos serviços, nos processos de formação, na gestão cotidiana do SUS, fortalecendo-se em muitos movimentos sociais populares, nas ruas e nas praças, no campo e na cidade, constituindo-se como uma práxis em construção. (BRASIL, 2014, p. 10).

Destacamos nesta portaria o eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento, onde,

> Compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS. (BRASIL, 2013, p 02)

Neste sentido a Educação Popular em saúde, como processo e relações pedagógicas emergentes de cenários e vivências de aprendizagens que articulam as subjetividades coletivas e as relações de interação que acontecem nos movimentos sociais, implicando na aproximação

entre agentes formais de saúde e população, diminuindo a distância entre a assistência que representa intervenção pontual sobre a doença em um tempo e espaço determinados, e o cuidado, que significa o estabelecimento de relações intersubjetivas em tempo contínuo e espaço de negociação e inclusão dos saberes, dos desejos e das necessidades do outro.

Para Vasconcelos (2007), a reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento representam ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a científica. Aqui é importante a disponibilidade de escuta e fala dos atores que se põem em relação, cada qual, portanto, uma visão de saberes e práticas diferentes, convivendo em situações de reciprocidade e solidariedade. Volta-se para a promoção da participação social no processo de formulação e gestão da política de saúde, direcionando para o cumprimento efetivo dos princípios éticos-políticos do SUS: universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade.

É estratégia para reorientação das práticas de saúde, compreendendo a produção de conhecimento compartilhado, de projetos políticos que suscitem a adesão da sociedade e de ações capazes de produzir novos sentidos nas relações entre necessidades de saúde da população e organização do cuidado da saúde.

A educação popular em saúde tem como balizador ético-político os interesses das classes populares, cada vez mais heterogêneas, considerando os movimentos sociais locais como seus interlocutores preferenciais.

Para tanto, se torna necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde, numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais.

Nesse sentido, apresenta-se a Educação Popular em Saúde, como portadora da coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas, para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com qualidade de vida.

A Educação Popular na Saúde implica atos pedagógicos, que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos.

A reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento representam ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a cientifica. Aqui é importante a disponibilidade de escuta e fala dos atores que se põem em relação, cada qual, portanto uma visão de saberes e práticas diferentes, convivendo em situações de reciprocidade e cooperação.

A Educação Popular em Saúde é um saber importante para a construção da participação, servindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, como também para uma democratização mais radical das políticas públicas. Não é apenas um estilo de comunicação e ensino, mas também um instrumento de gestão participativa de ações sociais. É também o jeito latino-americano de fazer promoção da saúde. É importante que deixe de ser uma prática social que acontece de forma pontual nos sistemas de saúde, por intermédio da luta heroica de alguns profissionais de saúde e de movimentos sociais, para ser generaliza da amplamente nos diversos serviços de saúde, em cada recanto da nação. Um dos grandes desafios, para isso, é a formação ampliada de profissionais de saúde capazes de uma relação participativa com a população e os seus movimentos.

A experiência acumulada pela Educação Popular, a que Paulo Freire, muitas vezes, se referia como pedagogia da problematização, e a de caracterizar os problemas a serem debatidos, articulá-los com a realidade social e encaminhar as soluções parciais num processo contínuo de reflexão-ação-reflexão.

Vasconcelos, sempre se remete à educação popular como o método adequado para lidar com a necessidade de diálogo entre trabalhadores e usuários, para mediar as interações entre os trabalhadores, nas relações de equipe e com os gestores. Eymard afirma que a educação popular não é a única perspectiva pedagógica que se baseia na problematização, entretanto, considera “a pedagogia não diretiva baseada na problematização que mais consegue integrar as dimensões política, cultural, ecológica, subjetiva e técnica” (VASCONCELOS, 2006, p.279).

As análises realizadas com base na educação popular apontam para a leitura de que a política de saúde não tem se dedicado a compreender os saberes, estratégias e significados que as classes populares desenvolvem diante dos processos de adoecimento para, a partir daí, estruturar modos de agir que integrem o saber popular e os conhecimentos técnicos-científicos.

> Símbolos e gestos têm significado educativo que repercute independentemente de sua verbalização. Mas a educação popular tem, tradicionalmente, se restringido à consideração de dimensões conscientes de trocas de saber. (VASCONCELOS, 2008, p.51)

Nesse contexto, o autor afirma que a população vem apontando outras formas de se organizar para solucionar seus problemas de saúde, aliviar o sofrimento e construir formas terapêuticas de cuidados integrais. Os usuários têm, cada vez mais, buscado práticas tidas como "alternativas" que permitam compreendê-los e impactar em melhorias de saúde de forma integral. E, embora existam diversas práticas que se colocam com tal perspectiva, muitas delas não estão disponíveis nos serviços de saúde ou estão apenas à disposição de parcelas mais abastadas da população. Por isso, torna-se importante compreender e valorizar o modo como essas classes vêm construindo suas alternativas de enfrentamento dos problemas de saúde por meio de diversas estratégias, dentre elas estão às parteiras, as benzedeiras, a homeopatia popular, o reiki, dentre outras.

> O adjetivo popular do nome da educação popular refere-se, portanto, ao projeto político que orienta sua proposta pedagógica: a busca da construção de uma sociedade igualitária e justa por meio de processos participativos, de forma que os mais oprimidos não sejam apenas beneficiados, mas atores centrais no processo de mudança. (VASCONCELOS, 2006, p.294)

O autor considera que o adjetivo popular presente na denominação da perspectiva da educação popular não se remete ao público ao qual ela é destinada, sendo possível trabalhá-la com estudantes universitários e trabalhadores da saúde, por exemplo, que também vivem relações de opressão e de degradação institucional.

Considerando novamente que a Educação Popular em Saúde é mais que um saber, também é uma pauta política que promove a articulação de movimentos sociais, Vasconcelos

(1997) expõe, com muita clareza, um desafio posto pela pós-modernidade aos movimentos que desenvolvem tal perspectiva metodológica. Para ele:

> A educação popular em saúde se caracteriza hoje pela diversidade. Sua riqueza está na diversidade. Mas, ao mesmo tempo, ela precisa de uma identidade para não se tornar um sal que não salga, algo sem uma perspectiva de transformação e sem utopia. Dentro da diversidade buscada, que elementos comuns configuram a nossa identidade? (VASCONCELOS, 1997, p.263)

Ele toma como questão para boa parte de seus estudos para tentar compreender

> Que novos delineamentos metodológicos vêm assumindo as práticas de educação popular nos serviços de saúde no atual contexto brasileiro de democracia política e pós-modernidade. (VASCONCELOS, 2008, p.31)

Para Oliveira (2009), a cultura popular é, então, central para um projeto político popular, pois "aparece com força nas culturas populares de saúde, nas lutas cotidianas pelo direito à saúde, nos movimentos populares e sociais, nos espaços participativos, na resistência dos praticantes tradicionais" pertencentes às classes caracterizadas por,

> Histórias de vida e condições materiais de existência diferentes daquelas dos grupos de culturas letradas ou eruditas, as classes populares são sujeitos de conhecimento e de experiência, os quais são colocados (de forma explícita ou silenciosa) nas relações entre pessoas, pessoas e grupos, profissionais e usuários dos serviços, estudantes da saúde e população. (OLIVEIRA, 2009, p. 298)

O autor conclui, então, que a "educação popular no campo da saúde tem permitido apreender os conhecimentos e saberes que são permanentemente construídos nessas relações". Nesse sentido, Streck (2010) percebe também uma crescente preocupação em torno dos temas educação popular e movimentos sociais, justificando isso pela necessidade de se reencontrarem práticas sociais que traduzam efetivas perspectivas de transformação.

A Educação Popular e Saúde surgem, portanto, como uma prática libertadora e transformadora que se manifesta na luta das classes oprimidas por melhores condições de vida, sendo saúde e qualidade de vida conceitos indissociáveis e condições fundamentais para uma vida digna (BRASIL, 2007).

Esta concepção é, em parte, o que o leva a defender a educação popular como o método adequado a ser utilizado no cuidado e nos processos de formação de profissionais de saúde, nos cursos de graduação e pós-graduação, bem como nos processos de educação permanente dos trabalhadores, que atuam nos serviços de saúde.

CAPÍTULO II - CUIDADO COMO PRÁTICA SOCIAL EM SAÚDE

"Eu sou o que vejo de mim em sua face. Eu sou porque você é".
(Provérbio da tradução Zulu – África do Sul).

Neste capítulo vamos dialogar o cuidado como prática social em saúde, buscamos nas reflexões de Leonardo Boff (1999) em *Saber Cuidar,* onde é apresentada à ética do cuidado e em Roseni Pinheiro (2005), nos fundamentos do cuidado e humanização em saúde. Apresentamos também neste capítulo o ofício de partejar como uma prática social de cuidado em saúde, onde buscamos no pensamento de Iraci Barroso (2001), nosso referencial teórico neste tema.

2.1 Ética do saber cuidar

Para compreender o conceito de cuidado, buscamos em BOFF (1999) em *Saber Cuidar,* percebemos que o autor aponta duas dimensões para o cuidado na perspectiva macro, expressando preocupação ecológica de preservação do planeta; e micro, nos remetendo ao cuidado entre os seres humanos, tendo a ver com o cuidado em saúde.

O autor começa a definir cuidado como

> Uma arte, um paradigma novo de relacionamento para com a natureza, para com a Terra e para com os seres humanos" (p. 21). "Cuidado é uma atitude de relação amorosa, suave, amigável, harmoniosa e protetora para com a realidade pessoal, social e ambiental (BOFF, 1999, p. 35).

E ainda:

> Cuidar consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar; é uma postura ética e estética frente ao mundo; é um compromisso com o estar-no-mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento da vida (BOFF, 2012, p. 227).

Para Leonardo Boff (1999), um princípio essencial da humanidade e de toda a vida é o cuidado. Ele é tão essencial que, se bem observarmos, tudo o que fazemos vem acompanhado de cuidado ou de sua falta. A ética do cuidado hoje é fundamental, se não cuidarmos do planeta Terra, ele poderá sofrer um colapso e destruir as condições que permitem o projeto

planetário humano. A ética do cuidado protege, potencializa, preserva cura e previne. Por sua natureza não é agressiva e quando intervém na realidade o faz tomando em consideração as consequências benéficas ou maléficas da intervenção.

As contribuições de Boff (1999), nos fez entender que cuidado e responsabilidade andam sempre juntos. Essa ética é hoje imperativa. O planeta, a natureza, a humanidade, os povos e o mundo da vida estão demandando cuidado e responsabilidade. Se não transformarmos estas atitudes em valores normativos dificilmente evitaremos catástrofes em todos os níveis. Como exemplo, os problemas do aquecimento global, que só serão equacionados no espírito de uma ética do cuidado e da responsabilidade coletiva.

Ainda segundo o autor, cuidado como preocupação com aquilo ou com quem nós sentimos ligados afetivamente; o cuidado como precaução e prevenção diante do futuro que pode nos trazer surpresas desagradáveis e efeitos danosos; e, por fim, o cuidado como *holding*, aquele conjunto de medidas e suportes que garantem segurança e paz (BOFF, 1999).

Para o autor o cuidado é necessário no nível individual, cuidar de si e do outro e no nível social e geral cuidar da comunidade e da Terra. As atitudes do cuidado humano devem contemplar o corpo e a alma, compreendendo o ser humano como uma realidade integral, homem-corpo e homem-espírito (BOFF, 1999).

É importante salientar que preocupado com a vida e o futuro da Terra, o autor desafia e incentiva ações urgentes de precaução e prevenção. Na precaução se revê o que se está fazendo e que ameaça a terra, e na prevenção se estuda antecipadamente determinada ações, afim de sequer iniciar algo que possa prejudicar as condições de vida das próximas gerações.

A base da argumentação desse autor em prol da Terra é construída através do conceito de terra como Mãe, Terra e Gaia, isto é, “um superorganismo vivo, que se autorregula e auto-organiza, respeitando seus ciclos” (p. 33), e da qual fazemos parte indissociavelmente. O homem é filho da Mãe Terra. O autor luta pelo reconhecimento da dignidade intrínseca da Terra, pois assim, “poderá ser iniciado um novo tempo, o da biocivilização, na qual a Terra e a humanidade reconhecem a recíproca, a origem e o destino comuns” (p. 88). Portanto, toda a

violência que praticamos contra a Terra, praticamos contra nós mesmos. Para solidificar tal argumentação, o autor faz a seguinte leitura temporal da vida na Terra:

> Como Terra existimos já há 4,44 bilhões de anos, uma floração feliz de um processo evolucionário que começou há 13,7 bilhões de anos, quando surgiu o universo que conhecemos. Há 3,8 bilhões de anos irrompeu, de algum pântano ou mar primevo, a vida. Há 125 milhões de anos emergiram os mamíferos, a cujo gênero pertenceu, e com eles nos veio o afeto, o carinho e o amor. Há uns 70 milhões de anos emergiu nosso ancestral, que vivia na copa das árvores para escapar da voracidade dos dinossauros. Há 17 milhões de anos já nos separávamos dos primatas e nos fizemos antropoides, com traços que apontavam para a futura humanidade. Há 7 milhões de anos já éramos humanos, portadores de consciência e inteligência. E há 100 mil anos somos plenamente humanos, com um cérebro extremamente complexo, capaz de suportar um espírito cujo voo não se limita a este mundo, mas alcança as estrelas e se abre ao Infinito (BOFF, 1999, p. 256).

Neste sentido, ele enfatiza que o tempo de constituição do planeta Terra, com tudo que ele há é enorme, sem o ser humano. O tempo de existência do ser humano no planeta é relativamente pequeno e é marcado, sobretudo, pela devastação.

Segundo o mesmo autor “é preciso aprender e ensinar a cuidar” (BOFF, 1999 p.254), neste sentido, é momento de quebrar as paredes das salas de aulas e ensinar ao ar livre, deixando que os alunos contemplem a natureza desta forma, estreitando seus laços com ela, no campo das ideias, resgatando a razão sensível e cordial. E o próprio campo das ideias, por sua vez, revelará que já existe uma ligação íntima entre humanidade e a Mãe Terra. A sociedade que surgirá disso será diferente. Será cuidadora. Promoverá e respeitará a dignidade integral de cada elemento do todo, e do todo de cada elemento.

2.2 Cuidar de mim e cuidar do outro

Nesta seção pretendemos discutir o cuidado, trazendo alguns aspectos que fundamentam o tema, seus significados e relações, buscando atualizar e refletir algumas das noções veiculadas sobre o mesmo. Buscamos algumas ideias privilegiando determinados autores, que fundamentam o cuidado em seu aspecto filosófico, sua essência, natureza e características.

Para (HEIDEGGER, 2001), o cuidado é entendido como um modo de ser; sem o cuidado deixa-se de ser humano. Assim, a afirmação de que o cuidado é o que confere a condição de humanidade às pessoas é uma afirmação lógica, considerando os pressupostos heideggerianos. Segundo a visão filosófica, o ser humano vive o significado de sua própria vida por meio do cuidado. É atestado ser o cuidado o *ethos* do humano - é um modo de ser essencial; ele se encontra na raiz primeira do ser humano.

Heidegger em sua obra "Ser e Tempo" utiliza um antigo mito de Higino sobre o cuidado como metáfora para a fundamentação de sua ontologia existencial. Esse mito também nos serve perfeitamente para elucidar como o cuidado se apresenta. Vejamos o que diz o mito:

> Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: "Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil". (HEIDEGGER, 1995, p. 263-4).

Neste mito de Higino revela-se que o Cuidar é querer, é fazer projetos, é moldar a argila. Querer são o atributo e o ato do ser. Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser, mas é igualmente soprar o espírito, isto é, ver que essa forma não seja pura matéria suspensa no tempo, mas um ser que permanentemente trata de ser, um ente "que se quer".

Esta forma de ver o ser humano imbuído do cuidado enquanto realização, que não se prende a espaço ou tempo, é que desenvolve o processo existencial, tem sua matriz teórico-

epistemológica especialmente na abordagem fenomenológica existencial de Heidegger (1995), para este autor o cuidado é a raiz primeira do ser humano antes que este faça qualquer coisa, e se fizer, esta coisa vem acompanhada de cuidado; constituindo uma dimensão ontológica, um modo-de-ser, que revela a maneira concreta como é o ser humano.

Boff (1999) afirma ainda que o cuidado se encontra na natureza da essência humana, é constitutivo do humano, que necessariamente coloca cuidado em tudo o que faz e nele encontra seu *ethos* fundamental.

O cuidado ocorre por uma força que move a capacidade humana de cuidar, evocando esta habilidade em nós e nos outros, ao satisfazer uma resposta a algo ou alguém que importa, atualizando nosso potencial para cuidar. O cuidado pode ser uma resposta à desumanização que ocorre nas sociedades atuais.

Ainda, para Boff (2012), o aspecto fundamental do cuidado é o deslocamento de interesse de nossa realidade para a do outro, emerge assim outra conotação além do existencial no cuidado, que é o relacional, isto é, o eu com o outro e para o outro. Neste sentido, o cuidado passa a ter uma conotação de interessar-se pelo outro, e isto de certa forma movimenta ambos, se completando um no outro.

O mais importante para o autor, não é se o cuidado é macro ou micro, mas sim que o cuidado é concebido para além da atitude e de atos dos seres humanos; o cuidado está antes das atitudes humanas, e, portanto, está em todas as situações e ações, representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

> [...] o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. (BOFF, 1999, p.33)

Neste sentido, o cuidado para Boff (1999), é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Melhor ainda: é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas.

Trazemos também as reflexões de Roseni Pinheiro (2005) em Cuidado: as fronteiras da integralidade, onde são tratados temas como cuidado, cuidado em saúde e integralidade.

> Cuidado é um modo de fazer na vida cotidiana que se caracteriza pela atenção, responsabilidade e zelo com pessoas e coisas, em lugares e tempos distintos de sua realização. (PINHEIRO, 2005, p.98)

Para a autora, a importância da vida cotidiana na produção do cuidado está na oferta de múltiplas questões específicas que circulam no espaço da vida social e nos conteúdos históricos que carregam. O cotidiano é produzido social e historicamente sob dois ângulos: primeiro, porque se trata do vivido, quer dizer, do repetitivo-singular, no cotidiano as coisas acontecem sempre. Segundo, porque essa noção se constrói e se identifica com o dia-após-dia, em que tudo é igual e tudo muda.

O dia-após-dia, assim concebido, é uma dimensão da vida social singular, o que significa dizer que ele delimita tempos, espaços, interações, ou seja, um modo de vida, cuja produção de cuidado se faz contextualizada, exercendo efeitos e repercussões na vida dos sujeitos e se transformando em experiência humana.

Na reflexão de Pinheiro (2005), o cuidado consiste em um modo de agir que é produzido como experiência de um modo de vida, específico e delineado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em práticas de espaço e na ação de cidadãos sobre os outros em uma dada sociedade.

Para a autora, o cuidado como ato, resulta na prática do cuidar, que, ao ser exercido por uma pessoa, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade ou domínio próprio, sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o outro. O outro é o lugar do cuidado. O outro tem no seu olhar o caminho para construção do seu cuidado, cujo sujeito que se responsabiliza por praticá-lo, tem a tarefa de garantir-lhe a autonomia acerca do modo de andar de sua própria vida.

2.3 - Saberes e práticas de cuidar

O dicionário Aurélio apresenta a palavra cuidar como derivado do latim *cogitare*, que significa imaginar, pensar, meditar, julgar, supor, tratar, aplicar a atenção, refletir, prevenir e ter-se. Cuidar é o cuidado em ato.

> A origem da prática de cuidar teve seu início restrito ao espaço doméstico, privado, particular. Desde a Grécia Antiga identifica-se que a prática do cuidar vem sendo exercida no interior das famílias, e sua realização demandava um saber prático adquirido no fazer cotidiano, passando, assim, de geração a geração. Nesta época, cuidado em sua maioria era uma tarefa feminina. Quem cuidava da casa , dos filhos, dos escravos e dos doentes eram as mulheres. Aliás, uma responsabilidade bastante repetida até os dias de hoje, em muito cotidianos familiares. (PINHEIRO, 2005, p. 110)

No processo histórico da humanidade, o saber cuidar foi concebido pelas mulheres. Foram as mulheres que mais incorporaram a prática do cuidar como campo de domínio próprio. Não é à toa que a prática de cuidar está histórica e culturalmente conectada ao feminino, pois, ao longo dos anos, essa atividade esteve atrelada à trajetória desenvolvida pela mulher nas sociedades.

Para a autora, Pierre Bourdieu, é um dos autores que destaca que o mundo social produz nos sujeitos um modo de ser e de estar no mundo, e este é diferenciado para homens e mulheres. Ou seja, a sociedade acaba por imprimir na mulher um conjunto de valores que lhe confere um desempenho específico no cuidado.

Roseni Pinheiro (2005) enfatiza que a demanda por cuidado vem, dia após dia, se complexificando, o que tem exigido cada vez mais a atuação de diferentes sujeitos-cidadãos-profissionais, mulheres e homens, cujo outro demandante, cada vez mais requererá atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com seus desejos, suas aspirações e especificidades, de modo a incluí-lo na tomada de decisão sobre sua vida, ou melhor, dizendo, sobre sua saúde.

2.4– Cuidado em saúde, um conceito em construção.

Recentemente, o tema cuidado tem sido alvo de grande interesse na área de saúde. Adquire destaque especial, já que saúde se constitui em uma atividade que lida com o ser humano em situações de vulnerabilidade. Nesta seção vamos apresentar conceitos de cuidar em saúde, para melhor compreender o oficio de partejar como um cuidado em saúde.

Discorrendo sobre o cuidado na saúde, Boff (1999), desenvolve um conceito de saúde que vai além da concepção biológica. Tal conceito ele chama de equilíbrio de corpo-mente-espírito-natureza (p. 205). Em suma, a saúde da pessoa humana só pode ser plena se ele estiver de bem com a Terra e se ela estiver bem. Se a Terra está doente, o homem está doente, e vice-versa. O cuidado na saúde é indispensável porque o ser humano, "o doente", é um corpo-espírito e espírito-corpo. Tem dignidade. Precisa ser tratado, ou melhor, cuidado como tal. É o que o autor chama de "visão de totalidade" – homem-corpo-espírito-Terra.

> Cuidado em saúde não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o "direito de ser". (PINHEIRO 2005, p. 132)

Pensar o direito de ser na saúde é ter 'cuidado' com as diferenças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas. Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada.

Para a autora o cuidado em saúde e respeitar, acolher e atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social –, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. É uma ação integral fruto do 'entre-relações' de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

O cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito

pelo seu sofrimento e história de vida. Também este cuidado deve atender a dimensão da integralidade em saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição.

Nas reflexões de Pinheiro (2005), o modelo biomédico que orienta o conjunto das profissões em saúde, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar lesões e doenças, afastou-se do sujeito humano sofredor como totalidade viva e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde. Entretanto, mais do que o diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades.

Observamos que o cuidado implica, por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história.

Os profissionais de saúde devem compartilhar com seus pacientes experiências e vivências, e estas estão relacionadas ao cuidar e que exercer na prática o re-situar das questões pessoais, num quadro ético, em que o cuidar se vincula à compreensão da pessoa em sua peculiaridade e em sua originalidade de ser.

O cuidado é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro. Com isso, a noção de cuidado integral permite inserir, no âmbito da saúde, as preocupações pelo bem-estar dos indivíduos e devolver a estes indivíduos o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, seus saberes, vivências e práticas, situando-os assim, como sujeitos e não como outros-objetos.

É o que preconiza a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano e dever do Estado. De acordo com essa lei, a “saúde tem fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

Neste sentido com o avançar das discussões sobre saúde, percebeu-se que os mecanismos de intervenção que visam à redução das desigualdades sociais, no sentido de minimizar os diferenciais dos Determinantes Sociais de Saúde, influenciavam na melhoria da qualidade de vida de indivíduos e grupos e, consequentemente, na promoção à saúde.

Para J. Silva (2006), neste momento caberia,

> A reflexão de que para promover a saúde devem-se ser consideradas as desigualdades históricas sociais, entre gêneros, brancos e negros, com relação à renda, acesso à educação e à saúde. Caso esses fatores sejam esquecidos, a promoção da saúde fica aquém do desejado, estagna no âmbito de repetição de discursos denominados "educação em saúde", sem adequação à realidade concreta e, ao mesmo tempo dinâmica, que rege o processo saúde-doença (...) [pois] para promover a saúde deve-se conhecer a pessoa a quem é prestado o cuidado, atitudes como ouvir e compreender recebem importância singular, bem como os aspectos variados de sua cultura. (SILVA, 2006, p. 4)

Desse modo, os cuidados à saúde devem atender as necessidades, demandas, aspirações individuais e coletivas, por meio de um processo de intervenção técnico, científico e político. Político no que se refere a "valores, interesses, aspirações e relações sociais e envolve a capacidade de identificar e privilegiar as necessidades de saúde individuais e coletivas", incluindo a correta utilização dos recursos necessários para essa intervenção. Técnico e científico, no sentido de que esse saber e esse fazer em relação à saúde-doença da população devem ser instrumentalizados pelo conhecimento científico e pelo desenvolvimento tecnológico (OLIVEIRA; EGRY, 2000, p. 13).

Ayres (2004) discute o cuidado à saúde no contexto da saúde pública, definindo o conceito de cuidado como a "conformação humanizada do ato assistencial". Assim, adota-se aqui o termo cuidado como "designação de uma atenção à saúde, imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde" (Ayres, 2004, p.22).

Nesta perspectiva, o cuidado à saúde transcende a simples assistência ao corpo doente, tendo como um de seus desafios a ressignificação do trabalho em saúde, pois apresenta "uma

potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz, a que estamos chamando de cuidado" (AYRES, 2004, p. 85).

Dessa maneira, o ato de cuidar do outro se mostra como o verdadeiro sentido no campo das práticas populares de saúde, sendo:

> Visível no trabalho das parteiras tradicionais, nas práticas de saúde que ocorrem nos terreiros de candomblés, no acolhimento e na escuta que os erveiros e raizeiros dispensam a quem os procuram, nos benzedores, na religiosidade, enfim, o cuidar do Outro é um constante exercício de solidariedade que afirma cotidianamente a possibilidade de afirmação da vida. (PEDROSA, 2007, p.97)

De acordo com Maria Silvéria dos Santos (2009), em estudo realizado com parteiras do Distrito Federal e região do seu entorno, as representações identificadas no trabalho dessas parteiras, evidenciam as estratégias de sobrevivência de sua prática social que "resiste ao longo do tempo, ao silenciamento/ausência que vem sendo imposto ao seu modo de cuidar", elucidando que a dimensão individual não deve ser considerada separadamente da dimensão social do cuidado que "só toma corpo no convívio e respeito às carências do outro e somente se concretiza quando é possível compatibilizar os meios e a finalidade de uma vida que tem sentido, se vivida em conjunto", assim, se sobressaem os valores, as crenças e o sentido conferido à vida que organizam a prática social das parteiras tradicionais, em torno das quais se tecem as experiências cotidianas do grupo, de maneira que:

> A sabedoria da experiência do modo de cuidar das parteiras tradicionais aponta que a educação popular em saúde apresenta-se como uma possibilidade para conferir visibilidade aos diferentes modos de cuidar, pois permite a articulação entre saberes, favorecendo a emergência das ausências e a construção de um novo conhecimento. (SILVÉRIA, 2009, p. 382).

2.5 - O ofício de partejar na arte de cuidar da vida

Nesta seção trazemos o que se entende por ofício de partejar, desenvolvido pelas parteiras. À primeira vista, estudar parteiras pode parecer resgatar um passado, ou voltar os olhos para algo em extinção, não obstante, no Brasil, convivem duas realidades bastante distintas: ao mesmo tempo em que é o segundo país do mundo em número de cirurgias cesarianas, tem parteiras atuando no interior, principalmente nas regiões norte e nordeste.

Contudo, por não estar incluído no SUS e nem mesmo ser reconhecido como uma ação de saúde que se desenvolve na comunidade, ocorre de forma precária e em situação de exclusão e isolamento, sem respaldo e apoio da rede de atenção integral à saúde da mulher e da criança (BRASIL, 2002).

As parteiras dominam profundos conhecimentos sobre rezas curadoras, ervas e remédios concebidos de forma tradicional, por gerações, além de deterem enorme conhecimento sobre o processo reprodutivo e o parto. Representam a continuidade dos ensinamentos dos seus ancestrais (BRASIL, 2002).

Em muitos lugares a parteira é conhecida como “parteira leiga”, “aparadeira”, “comadre”, “mãe de umbigo”, “curiosa”, entre outras denominações. Porém, neste estudo, vamos adota a denominação de parteira por considerar que este termo valoriza os saberes e práticas e o conhecimento que ela detém no ofício de partejar.

As parteiras compõem as categorias primeiras mais antigas e mais permanentes cuidadora da saúde da humanidade, “Embora seja uma das profissões mais antigas do mundo, registros históricos mostram que os primeiros cursos direcionados para formação de parteiras no Brasil, datam de 1832”, ainda “parteira é aquela que presta assistência ao parto domiciliar e que é reconhecida pela comunidade como parteira” (NASCIMENTO; SANTOS; ERDMANN; JÚNIOR; CARVALHO; 2009, pag. 320).

Segundo aponta Barroso (2001), as parteiras de forma geral começaram a exercitar sua prática a partir da necessidade do ajudar outra parteira no acompanhamento de outra mulher no trabalho de parto.

> (...) ser parteira significa produzir um modo particular de ajuda através de seu ofício. Significa dedicação e doação de si mesma. Esse doar leva a um aumento do seu poder pessoal junto à comunidade que necessita de seus serviços e que ao mesmo tempo a legitima socialmente. Essa legitimação se expressa nas relações de produção do saber, do espaço onde reproduzem suas práticas, ou seja, nos limites de seu campo de atuação envolvendo a comunidade e sua relação com a natureza. Ao assumirem sua identidade social, as parteiras resistem aos estigmas que tentaram lhes colocar no anonimato e mostram que são visíveis na sociedade. Não ocupam posição privilegiada na estrutura social, mas buscam espaços para mostrar o que sabem fazer e difundir seu ofício. A legitimação política expressa o ponto de vista ideológico quando elas são estigmatizadas por profissionais da área da saúde, isto se verifica com mais clareza nos depoimentos das parteiras quando repudiam os rótulos. (BARROSO, 2001, p.11).

Ao se constituir o parto numa prática feita por essas mulheres de sabedoria, reconhecidas pela comunidade, elas criam um novo espaço, um modo próprio de ver o mundo, de sentir e de pensar suas necessidades, são rezadeiras, conselheiras, cuidadoras e curadoras. Pessoas que detêm saber essencial na sobrevivência de suas comunidades. Esse espaço social e cultural é o de produzir saber sobre a saúde da mulher e do parto numa relação afetiva, efetiva e sólida.

No percurso histórico, foram perseguidas, combatidas e caluniadas. No entanto, elas sem pretensão econômica doam o seu tempo às mulheres gestantes, às vezes têm que enfrentar longas caminhadas por lugares de difícil acesso, sentem sono, fome, recebendo em troca apenas a recompensa de fazer o bem, de ajudar a quem precisa. Em alguns casos elas ficam dias na casa das gestantes, desde a primeira dilatação, contração até o parto em si, pois, cuidam da alimentação destas, lavam roupas e até limpam suas casas, uma vez que após o parto as gestantes não se encontram em condições para desenvolver qualquer tipo de trabalho (PINTO, 2002).

Ainda segundo a autora, as parteiras andam a pé, a cavalo, de barco e raras vezes de bicicleta até o local onde realizam os partos. Em algumas regiões chegavam a andar até 20km em baixo de sol ou chuva, para a realização dos partos. Andam nas estradas, por entre as matas e se necessário, atravessavam rios. E não importava hora, dia, ou o que elas estivessem fazendo, largam tudo e vão até a gestante.

Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) 2006, os partos assistidos por parteiras tradicionais nas regiões Norte e Nordeste representam respectivamente, 5,8% e 3,6% de todos os nascidos vivos. E apesar de todas essas parteiras em atuação, que, numa análise simplista, refletem a falta de cobertura, o Brasil carrega a impressionante estatística de 44% dos nascimentos através da cirurgia cesariana. O Chile é o campeão mundial, lado a lado com o Brasil nas estatísticas, com 45% dos partos cesáreos, conferindo ao nosso país o título de vice-campeão. O recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma taxa de 15% de partos cesáreos.

Dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES – disponível em <http://cnes.datasus.gov.br> registram apenas 901 parteiras tradicionais no Brasil. "É um número que sabemos ser absolutamente subnotificado, ou seja, sabemos que existem muito mais parteiras que isso, porém, não existe outra fonte de dados do Ministério da Saúde.

Juntando os dados disponíveis em outros estudos sobre parteiras no Brasil, é possível traçar, por alto, uma estimativa de que existam cerca de 30 mil parteiras atuando no Brasil. Seriam 1000 em Pernambuco (Curumim), 3000 no Maranhão (Associação de Parteiras do Maranhão), entre 7000 e 8000 parteiras na Bahia, 6000 no Pará, e mais de 5000 no Tocantins, Mato Grosso e Minas Gerais (Rede Nacional de Parteiras). Esses números, somados, chegam a 23 mil. E nessa estimativa não estão incluídas as parteiras do Amazonas, Acre e Amapá, estados com alta estimativa de nascimentos domiciliares, além de outros. Se considerarmos o número de 30 mil parteiras em atuação no Brasil, já teremos quase o dobro de parteiras do que de ginecologistas obstetras, pois segundo dados do Conselho Federal de Medicina constata que existem 18 mil médicos ginecologista no Brasil.

O levantamento "O médico e seu trabalho" realizado em 2004 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2004), por amostragem, apontou que 62% dos médicos atuam nas capitais, contra 38% no interior. No Acre, Amapá, Roraima e Sergipe, aproximadamente 100% dos profissionais de saúde trabalham nas capitais. Nessas unidades da Federação e nas pequenas localidades de difícil acesso, principalmente das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, por falta desses profissionais, observamos uma atuação mais marcante das parteiras. Isso demonstra que a cobertura médica no Brasil ainda é precária.

Embora possam existir mulheres que prezem pela cultura ancestral de parir com parteiras, a retirada das parteiras do cenário dos centros urbanos brasileiros aconteceu de forma progressiva, em nome da prática médica que vem com o discurso higienista. Esse discurso modernizador e positivista tem importância na constituição do modelo hospitalocêntrico, biomédico, inserido no parto e nascimento. Assim, as práticas das parteiras vão sendo substituídas, o parto se institucionaliza e o saber médico é legitimado em detrimento do saber das parteiras, saberes e experiências transmitidas de forma oral entre gerações.

Em todo esse processo, as parteiras foram adquirindo uma imagem atrelada ao conceito de pouca higiene, miséria, ignorância, até serem acusadas de responsáveis por abortos e pelo abandono de crianças (BRENES, 1991).

A medicina científica, com a obrigação de higienizar a cidade, assumiu como objeto de investigação todas as situações e possibilidades, entre elas, a prática da parturição, denominando-a Arte Obstétrica. A medicina se torna “um saber autorizado” e, no processo de sua hegemonização, deslegitima, desvaloriza e desautoriza outras formas de saber existentes.

Foucault (2008a) descreve uma nova forma de gerir a vida da população. Nesse processo, segundo o autor está incluído os estudos estatísticos demográficos, as taxas diferenciais de mortalidade, registros de nascimentos e de doenças, conhecimento da distribuição, concentração e controle das epidemias, que vão constituir um biopoder, fundado na anátomo-política do corpo e na biopolítica do controle populacional. Na discussão que faz sobre o “nascimento do hospital observa que, a introdução de práticas disciplinares no espaço do hospital teve o objetivo de transformá-lo num instrumento de intervenção sobre a doença”. É este que vai possibilitar a sua medicalização. O hospital antes era essencialmente uma instituição de assistência aos empobrecidos e ao mesmo tempo um instrumento de exclusão e separação.

A introdução de mecanismos disciplinares no espaço do hospital também foi importante para a prática da medicina, na medida em que a doença era concebida como um fenômeno natural. A cura da doença estava na manipulação desse espaço, ou seja, em tudo que o circundava: o ar, a água, a alimentação, a temperatura do ambiente, além de outros fatores. O hospital passava a ser o espaço por excelência do saber e da prática médica.

> [...] com a disciplinarização do espaço hospitalar que permite curar, como também registrar, formar e acumular saber, a medicina se dá como objeto de observação um imenso domínio, limitado, de um lado, pelo indivíduo e, de outro, pela população. Pela disciplinarização do espaço médico, pelo fato de se poder isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito, prescrever-lhe um regime, etc., pretende-se chegar a uma medicina individualizante. Efetivamente, é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médicos. Mas, ao mesmo tempo, pelo mesmo sistema do espaço hospital disciplinado se pode observar grande quantidade de indivíduos. Os registros obtidos cotidianamente, quando confrontados entre os hospitais e nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população. O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. A redistribuição dessas duas medicinas será um fenômeno próprio do século XIX. A medicina que se forma no século XVIII é tanto uma medicina do indivíduo quanto da população. (FOUCAULT, 2008b, p. 111)

Mas de acordo com Bessa (1999), o saber popular expresso pelas parteiras não tem a pretensão, a ambição ou o poder de concorrer com o saber científico. As estratégias utilizadas por elas constituem-se, sobretudo, em uma forma de garantir êxito no ofício de partejar que realizam, dispondo dos recursos que estão ao seu alcance, quase sempre escassos e precários.

Ainda, como explica em entrevista, a professora da Universidade Federal do Acre e enfermeira Lucineide Frota Bessa, acima referida, que trabalhou com esse segmento em seu mestrado e em outros estudos, “O saber popular que as parteiras tradicionais possuem, relacionado com o processo de cuidar e curar, atravessa toda a história da mulher e, por muitos milênios, foi a única forma de assistência obstétrica. Por outro lado, em muitas comunidades rurais, o parto realizado por parteiras é a única opção para as parturientes, fato que justifica a necessidade de investimentos e políticas que valorize o trabalho delas. Considero o trabalho da parteira tradicional no domicílio como uma prática social de saúde, que está no âmbito da atenção primária e ações coletivas de saúde”.

Atualmente, está ocorrendo a ressignificação do ofício de partejar, desenvolvido pelas parteiras e sua relação com a emergência da humanização do parto, que se efetiva no respeito ao protagonismo das mulheres no ritual do parto, inspirando e embasando o Programa institucional de Humanização ao Parto e Nascimento, no Sistema Único de Saúde[2] que desencadeou o HumanizaSUS[3]

O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres, durante todo o processo gestacional, de parturição e puerpério, mediante um conjunto de condutas, procedimentos e atitudes que permitem à mulher expressar livremente seus sentimentos. Essas atuações, condutas e atitudes visam tanto promover um parto e um nascimento saudáveis como prevenir qualquer intercorrência clínica obstétrica, que possa levar à morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2002).

O saber e ofício de partejar acumulados tradicionalmente pelas parteiras são vistos hoje como uma alternativa de saúde da mulher. Elas têm um diferencial, pois são formadas na própria experiência feminina da sua sexualidade de gestar, parir e de maternar, onde a partir da auto-observação do funcionamento do corpo feminino, elas desenvolveram ao longo da vida humana formas de cuidado.

.

[2] Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PGPN foi instituído pelo Ministério da Saúde em 01 de junho de 2000 (portaria 569, publicada no Diário Oficial da União em oito de junho de 2000, na seção 1, página 4) e constitui-se numa resposta às necessidades de atenção especifica à gestante, parturiente, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto.

[3] Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde publica no Brasil e incentivando trocas solidarias entre gestores, trabalhadores e usuários.

CAPÍTULO III - CAMINHO METODOLÓGICO

"Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais

Hoje me sinto mais forte
Mais feliz, quem sabe
Só levo a certeza
De que muito pouco sei
Ou nada sei

Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs

É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso à chuva para florir

Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
E ser feliz"

Almir Eduardo Sater

Trazemos neste capítulo o caminho metodológico que percorremos para a construção deste trabalho. Esta pesquisa localiza-se dentro da metodologia qualitativa, com abordagem fenomenológica, destacando aspectos relevantes das reflexões Merleau-Pontyana, pretendendo captar os saberes e experiências das parteiras no cuidado com a vida e sua relação com o cuidado em saúde. Contextualiza-se ainda a história oral de vida, como instrumento de coleta de informações que sustenta esta pesquisa, junto às descrições das metodologias de coleta e análise dos dados adotados.

3.1 - A fenomenologia como abordagem para compreender os saberes e experiências das parteiras.

Esta é uma pesquisa qualitativa, seguindo a abordagem fenomenológica, mais especialmente, os fundamentos do pensamento de Merleau-Ponty, como caminho para investigar o fenômeno dos *saberes e experiência das parteiras no cuidar da mulher durante o processo de gestar e parir, sua relação com o cuidado e a educação popular em saúde, bem como fazer o registro da história oral de vida de uma parteira que reside em Acorizal-MT.*

Optou-se por essa abordagem qualitativa, dada a nossa intenção de aprender significados atribuídos por parteiras à arte de partejar, a partir de seus saberes e práticas, para o que se requerem métodos e técnicas de cunho qualitativo. Nesse sentido, Minayo é esclarecedora, ao afirmar que:

> A abordagem qualitativa, responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2013, p.21)

De acordo com Minayo (2010), na pesquisa qualitativa, o ser humano faz parte do conjunto de fenômenos e da realidade social, e desta realidade vivida, ele ou ela expressa-se sua forma de agir, pensar, interpretar e pode partilhar com os outros e outras.

A fenomenologia tem sido vista pelos pesquisadores da área da saúde como uma importante abordagem de aproximação para compreender a experiência de cuidar. Percebida como um modo mais adequado de estudo para investigar o mundo vivido.

Para Maria Aparecida Bicudo "A palavra fenomenologia é composta pelos termos *fenômeno* mais *lógos*. Fenômeno diz do que se mostra na intuição ou percepção e *logos* diz do articulado nos atos da consciência" (BICUDO, 2011, p.29). O estudo fenomenológico fora criado entre o final do século XIX e início do século XX, com Edmund Husserl, sendo este o primeiro a conceber e a divulgar a fenomenologia, e a propor o método fenomenológico de investigação filosófica.

Para a autora "a preocupação central da trajetória de pesquisa e o ato de compreender e não mais de explicar o objeto de estudo". (BICUDO, 2011), compreender e tomar o objeto a

ser investigado em sua dimensão de existe e não causal como é na perspectiva da pesquisa positivista. Desta forma, para a autora, a pesquisa ganha novo significado, passando a ser concebido como uma trajetória circular em torno do que se deseja compreender, não se preocupando única e/ou aprioristicamente com princípios, leis e generalizações, mas voltando o olhar à qualidade, aos elementos que sejam significativos para o observador-investigador.

Para Bicudo (2011), a percepção não é instantânea, de caráter pontual e isolado, mas o que é percebido é sempre mergulhado em uma amplitude. O homem compreende porque interroga as coisas com as quais convive. As coisas do mundo lhe são dadas à consciência que está de modo atento, voltada para conhecê-las. O homem é já homem-no-mundo, ele percebe-se humano, vivendo com outros humanos, numa relação da qual naturalmente faz parte, não podendo dissociar-se dela. Assim, não existirá neutralidade do pesquisador em relação à pesquisa - forma de descortinar o mundo -, pois ele atribui significados, seleciona o que do mundo quer conhecer, interage com o conhecido e se dispõe a comunicá-lo. Também não haverá "conclusões", mas uma "construção de resultados", posto que compreensões, não sendo encarceráveis, nunca serão definitivas.

Nos escritos de Rezende, a abordagem fenomenológica é a melhor que se adéqua para estudar o fenômeno, e essa proposta integra o sujeito e objeto; considerando que o homem e o mundo são inseparáveis, assim, o fenômeno pode ser compreendido, como uma estrutura que reúne dialeticamente na intencionalidade, o homem e o mundo, o sujeito e o objeto, a existência e a significação (REZENDE, 1990, p.34).

A fenomenologia prescreve a atitude descritiva, segundo Rezende (1990, p.18), “uma verdadeira descrição, supõe a consciência perceptiva e só pode ser feita por alguém que seja sujeito do seu próprio discurso”, portanto entra em contato com o mundo complexo, tanto em sua constituição como em sua história.

Para o autor “a fenomenologia caminhou por várias etapas históricas, como método e como filosofia, iniciado com Husserl” (REZENDE, 1990, p.14), até o último Paul Ricoeur, sendo pronunciado também pelos passos de Heidegger, Sartre e Merleau-Ponty.

A fenomenologia pensada por Husserl (1986) é uma volta ao mundo vivido, ao mundo da experiência, o ponto de partida de todas as ciências. A Fenomenologia propõe descrever o fenômeno, e não explicá-lo ou buscar relações causais, volta-se para as coisas mesmas como

elas se manifestam. Voltar às coisas mesmas significa voltar ao mundo da experiência, considerando que, antes da realidade objetiva, há um sujeito que a vivencia; antes da objetividade, há um mundo pré-dado, e, antes de todo conhecimento, há uma vida que o fundamentou. Significa que todo conhecimento está na origem da experiência que é o pré-reflexivo.

Merleau Ponty dá continuidade ao pensamento de Husserl. Ele propõe a fenomenologia como a ciência rigorosa da busca das essências, mas também, como uma filosofia que vê o homem num mundo que já existe antes da reflexão. Vê este homem como corpo próprio, num lugar, num tempo, em ação, no mundo onde habita. O corpo próprio é o "sujeito percebido", o ponto de vista do mundo, a estrutura espaço-temporal da experiência perceptual (MARTINS, 1993).

A fenomenologia de Merleau Ponty é existencialista, no sentido de que se preocupa com a existência do homem num mundo pré-dado. Trata-se de uma filosofia que não está interessada no abstrato, mas sim num "homem histórico", à medida em que este se engaja e existe no mundo (MARTINS, 1993).

Seguindo Husserl, Merleau Ponty propõe o retorno às coisas mesmas, na busca das essências dos objetos, das qualidades, essas coisas vistas como parte de um mundo vivido, experienciado, que constitui um mundo do irrefletido, sobre o qual se constroem as ciências (MERLEAU PONTY, 1945).

Para esta abordagem, todo o universo da ciência se construiu a partir da percepção do mundo vivido e, ao pensar a ciência com rigor, é necessário rever primeiramente as experiências do mundo vivido do qual a ciência é a expressão segunda.

> Uma vez que ser-no-mundo, é ser vivido, que vivencia as experiências subjetivas entrelaçando com intersubjetividade, nesse sentido extrapola o mundo interior, pois as experiências dar-se pelo envolvimento com o mundo e o mundo fenomenológico não é explicitação de um ser prévio, mas a fundação do ser (MERLEAU-PONTY, 1999 p.19).

Merleau-Ponty acreditava que deveríamos voltar à experiência vivida, voltar às coisas mesmas, ou seja, voltar a este mundo anterior ao conhecimento, a experiência humana' deixando de lado as ideias preconcebidas.

Merleau-Ponty (1999) acrescenta que a fenomenologia é o estudo das essências, e todos os problemas, segundo ela, resume-se em definir essências; a essência da percepção, a essência da consciência.

No meu entender, a fenomenologia existencial de Merleau Ponty, que trata basicamente do ser no mundo, na sua facticidade e na sua liberdade de escolha, pode oferecer contribuições importantes para o estudo, quando procura colocar o pesquisador na perspectiva dos sujeitos da pesquisa, compreender sua experiência e seus sentimentos, desvelando assim o que é, na visão deles, estar em situação na experiência de cuidar**.** Este encaminhamento conduz ao referencial da Fenomenologia, que investiga a verdade a partir da origem de todo conhecimento. A experiência do mundo procurando, a partir daí, descrever o fenômeno, analisá-lo e interpretá-lo, assim chegando à compreensão do que é essencial e invariante à estrutura do fenômeno.

Estar diante do obscuro possibilita ao pesquisador um olhar atentivamente, surgindo, então, uma questão inquietadora. A região de inquérito, de investigação, encontra-se, pois, no mundo onde o fenômeno se dá, situa se no nosso cotidiano, enquanto ser-aí-com-o-outro.

Nesta perspectiva, ao refletir sobre a questão que me inquieta neste estudo, se os saberes e práticas das parteiras potencializam sentidos de cuidados em saúde e humanização, desencadeamos o desenvolvimento desta pesquisa para a compreensão do vivido, situado no mundo onde se dá o fenômeno. A partir da narrativa da Irmã Dagmar, nossa principal colaboradora, poder-se-ia focalizar a sua percepção do mundo; das pessoas e os significados atribuídos pela sua consciência nesta experiência, e especialmente os significados da relação com as mulheres das quais cuidou em seu ofício de partejar.

Também foram estudados temas relevantes como: cuidado, cuidado em saúde, educação popular, ofício de partejar, parto humanizado dentre outros, a partir da leitura de artigos científicos – alguns deles disponibilizados na Biblioteca Eletrônica SciELO – e teses de Mestrado e Doutorado. A ideia era reunir, antes das entrevistas, o maior número de referencial teórico a respeito da realidade vivida pelas parteiras e sua comunidade.

Participantes da pesquisa: Participou da pesquisa uma parteira e três mulheres que tiveram ajuda de Irmã Dagmar em seus partos. Todas residentes em Acorizal-MT. As participantes foram convidadas ao estudo após serem informadas sobre o objetivo deste, bem como sobre o caráter opcional da participação, da confidencialidade dos dados e de manifestarem sua aquiescência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante o

processo de coleta e na utilização dos dados, manteve-se respeito aos aspectos éticos, garantindo impessoalidade e sigilo da identidade, sendo realizada substituição dos nomes das participantes com exceção da Irmã Dagmar. Assim, foram atendidos os requerimentos previstos pela resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A construção do projeto ocorreu nos anos de 2014 a 2015, sendo aprovado pelo Comitê de Ética Humanidade – UFMT em janeiro de 2016. O projeto foi apresentado à Irmã Dagmar, bem como para as mães, nossas colaboradoras que se disponibilizaram prontamente. A produção do material da pesquisa foi construída por meio de entrevistas gravadas.

3.2 - História oral de vida como caminho para compreensão.

Este estudo se afirma também na perspectiva de contribuir com o registro histórico dos saberes e experiências da Irmã Dagmar, parteira, que reside no município de Acorizal – MT, na arte de cuidar da vida, sua relação com o ofício de partejar, bem com suas implicações no cotidiano desta comunidade, neste sentido foi utilizado à história oral de vida, como instrumento de coleta de informações que sustenta esta pesquisa.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2004), se preocupa mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão dos fatos do que com a generalização; podendo ser de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Desta forma, a pesquisa qualitativa se fundamenta na interpretação dos fenômenos e nas atribuições de significado, não precisando do uso de técnicas estatísticas, e tem o ambiente natural como fonte direta para a coleta de dados, se preocupando com um nível de realidade que não pode ser quantificado.

São três modalidades de história oral: a história de vida definida como a narrativa do conjunto da experiência de vida de uma pessoa; a temática, que parte de um assunto específico e preestabelecido e se compromete com o esclarecimento ou opinião do entrevistado sobre algum evento definido; a tradição oral que trabalha com a permanência dos mitos e com a visão de mundo das comunidades que têm valores filtrados por estruturas mentais asseguradas em referências do passado remoto (MEIHY; HOLANDA, 2015).

A história oral de vida é uma ferramenta metodológica que compõem o campo da pesquisa qualitativa, a qual se preocupa com significados e sentidos das ações e relações entre

pessoas ou grupos. Quem conta história, faz necessariamente apelo à sua memória, à sua experiência para resinificar o vivido.

Adotada sob inúmeras perspectivas e estudada por vários autores, tanto no Brasil como em outros países (LEWIS, 1979; BRIOSCHI; TRIGO, 1987; QUEIROZ, 1988; THOMPSON, 1992; BOSI, 1994; THOMAS; ZNANIECKI, 2004; FERNANDES, 2007), a história oral de vida apresenta entendimentos diversos. No entanto, a discussão proposta neste estudo refere-se especificamente a compreensão sistematizada principalmente pelo historiador José Carlos Sebe Bom Meihy e seus colaboradores (MEIHY, 2005; MEIHY; HOLANDA, 2015) do Núcleo de História Oral da Universidade de São Paulo (Neho-USP), o qual denominou de "história oral de vida", adicionando ao termo "oral" na expressão para reforçar o foco da oralidade nesse tipo de método. Tal perspectiva forma, portanto, o ancoradouro a partir do qual se descreverá e se analisará os aportes que a história oral de vida pode fornecer a este estudo.

A evocação da memória do vivido por meio das narrativas constitui a principal matéria nesta modalidade de estudo. Não obstante, nesse tipo de pesquisa também devem ser considerados os silêncios, os esquecimentos, as reiterações, a linguagem não verbal e o cotejamento com fontes escritas e imagéticas. Tudo isso comporá os dados de análise.

Ao optarmos pela historia oral de vida, levamos em consideração que este tipo de ferramenta metodológica oferece possibilidades na investigação dos fenômenos na perspectiva de compreender o indivíduo inserido no contexto em sua própria realidade, valorizando suas experiências de vida.

Para Meihy e Holanda (2015), em historia oral o coletivo o cultural é o resultado de experiências que vinculam umas pessoas às outras, na construção de identidades decorrestes de suas memórias expressadas em termos comunitários.

Na abordagem dos autores, o respeito em relação à pessoa em sua unidade, e condição básica para se formular a entrevista, contudo a história oral e sempre social, pois o indivíduo só se explica na vida comunitária.

> A história oral é uma modalidade de pesquisa que compreende a narrativa do conjunto de experiências individuais, suas proposições e suas verdades, permitindo mostrar a versão dos fatos, conforme sua visão de mundo, sendo

> soberana para revelar ou ocultar casos, situações e identidades. O depoente, denominado colaborador, é considerado o sujeito primordial, com liberdade para dissertar sobre sua experiência e participar em todo o processo. (MEIHY, 2015, p.19).

Neste sentido, este estudo foi guiado pela modalidade da história oral de vida que permitiu à parteira, relatar suas experiências, possibilitando a valorização desse saber por meio da experiência e da oralidade. Em comunidades rurais, o processo de nascimento em domicílio se apresenta como uma experiência tecida em uma rede de múltiplos significados, tanto para as parteiras tradicionais como para as parturientes, familiares e amigos. É importante considerar que para conhecer e desvelar o contexto que desenvolve essa experiência, a história oral de vida se apresenta como uma valiosa ferramenta.

Também elencamos a história oral de vida para desenvolver nossa pesquisa junto às parteiras de Acorizal, devido à penetração deste instrumento em territórios poucos viáveis e por dar voz a setores desprezados por outras fontes de pesquisas, bem como por dar significados às experiências do passado, através de narradores do presente.

A base instrumental deste estudo são as narrativas gravadas, tornando-se necessária a adoção de alguns pressupostos como: marcar as entrevistas de acordo com a conveniência da colaboradora; comparecer ao local no horário e data agendados; solicitar o consentimento prévio para a gravação da entrevista; possibilitar a criação de uma atmosfera solidária, de confiança, propícia às confidências ao longo da entrevista.

As entrevistas ocorreram na residência da Irmã Dagmar, no município de Acorizal - MT, num lugar bastante acolhedor, foram realizados três momentos de diálogo e onde tivemos oportunidade de conhecer a história de vida da nossa colaboradora, através de suas narrativas, estiveram presentes também nestes momentos as Irmãs Vera e Ângela, que ouviram atentas, contribuindo com a memória da Irmã Dagmar.

As perguntas que conduziram as entrevistas foram: Como se tornou parteira? Quantas mulheres lhe chamaram para cuidar delas durante o parto e nascimento? Quais experiências e vivências você apresenta como relevantes no ofício de partejar? Qual relação você faz entre o

ofício de partejar com o cuidado com a vida? Você é chamada para outros cuidados de saúde? Quais? Você continua sendo chamada para atender partos?

Além da Irmã Dagmar, foram entrevistadas três mães que tiveram filhos com ela. As entrevistas realizadas não possuem a intenção de traçar um perfil da nossa colaboradora, contudo, de possibilitar o conhecimento e registrar a importância que Irmã Dagmar representou na vida dessas mulheres, bem como na comunidade de Acorizal.

As entrevistas com as mães, conforme o previsto, foram realizadas em ambientes domiciliares, o que contribuiu para deixar as entrevistadas à vontade, com alguns familiares presentes, na maioria das vezes.

Por uma questão de caráter ético, optou-se pela utilização de nomes fictícios, escolhidos pelas colaboradoras, como nomes de flores de sua preferência: Hortência, Orquídea Branca e Girassol. Elas iniciaram as entrevistas contando suas histórias de vida como mães, avós. A narrativa transcorreu sem interrupções, permitindo que a lógica própria da colaboradora fosse seguida. Foram feitas anotações no caderno de campo, dentro do contexto em que se desenvolveram as entrevistas.

As perguntas que conduziram as entrevistas com as mães foram: O que significou para você ser cuidada por Irmã Dagmar em seus partos? Qual importância tem Irmã Dagmar para a comunidade de Acorizal na sua percepção?

Os erros de concordância e expressões populares foram mantidos, embora alguns erros de grafia das palavras tenham sido omitidos para permitir a compreensão do leitor.

Após a realização das entrevistas, os relatos foram transformados em texto para torná-los disponíveis para análise. Foram necessárias as etapas de Transcrição e Textualização. Na transcrição foi realizado a escuta de todo o material gravado, repetidas vezes, sua transcrição feita de maneira fiel aos acontecimentos, incluindo as perguntas da entrevista, bem como os meus comentários de pesquisadora. Na textualização, a etapa seguinte, as perguntas foram suprimidas, que se fundiram com o texto, passando a ter um caráter narrativo. Essa fase me possibilitou extrair os elementos da entrevista para análise e reflexões.

3.3 – Território, lugar da história e memória – Acorizal–MT

O local de realização da pesquisa foi um município denominado Acorizal-MT (Cód. IBGE: 51.0010-2), localizado a 60 km de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso.

Acorizal está localizado em uma região cuja história registra o povo indígena Bororó, seus componentes são considerados como os primeiros habitantes da localidade. Do contato, indiscriminado, nos primeiros anos com os "*não índios"*, os índios foram desaparecendo, perdendo sua organização enquanto etnia. A ocupação de Acorizal aconteceu após o assentamento dos garimpeiros na região, dos quais não restou memória. No entanto, alguns nomes de garimpos permanecem na geografia, dentre eles o sugestivo nome "Candonga", que popularmente significa lisonja enganosa.[4]

O município foi criado pela Lei nº 691, de 12 de dezembro de 1953, de autoria do deputado estadual Lenine Póvoas. Localizado no Centro-Sul de MT. A primeira denominação do município de Acorizal foi Brotas. Em 25 de agosto de 1833, através da Lei Provincial foi criado o Distrito Paroquial de Nossa Senhora das Brotas, subordinado então ao município de Nossa Senhora do Livramento.

Como na região se desenvolvia bem a cana, vários engenhos produziam a rapadura, o açúcar e aguardente, que eram comercializados em Cuiabá. Em 26 de outubro de 1938, através do Decreto-Lei Estadual nº 208, que definiu nova Divisão Territorial do Estado de Mato Grosso, o termo Brotas foi substituído por Acorizal, em referência à quantidade de palmeira acori existente na região. Em divisão territorial datada de 1997, o município é constituído de 3 distritos: Acorizal, Baús e Engenho.

Paralelo a tal desenvolvimento, durante todo esse período até nossa época, diferentes grupos, movimentos e a própria comunidade em Acorizal, na singularidade de suas práticas locais, constituíram um elemento importante de uma prática de cuidado da saúde, que levou em conta a diversidade de saberes, de fazeres e de sua cultura, destacamos a participação singular das parteiras desta comunidade.

[4] Lisonja enganosa – significa elogio não sincero, proferido com motivos enganosos – Provérbios 6,15 – Palavras que ferem.

Com uma população de pouco mais 5.516 habitantes (CENSO-IBGE/2010), estimada para 2016 de 5.301 habitantes (IBGE) – DOU de 30/08/2016, ocupando uma área de 846,36 km² (IBGE) e com uma densidade demográfica: 6,56 hab/km² (IBGE/2010), com uma média de moradores em domicílios particulares ocupados: 3,17 pessoas (IBGE/CENSO/2010).

O município Acorizal–MT desempenha funções urbanas de caráter local, caracterizado pela capacidade de atendimento apenas às necessidades básicas da população. Isto subordina o município à influência de centros mais equipados. De acordo com dados de 2005, a infraestrutura para prestação de serviços básicos de saúde apresenta-se com pouca capacidade de atendimento, pois apenas são disponibilizados três postos de saúde, com dois médicos credenciados pela Secretaria de Estado de Saúde. Não há no município nenhum leito hospitalar, enquanto que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde é de quatro leitos por mil habitantes.

O modelo de gestão de saúde é acordado pelo Pacto pela Saúde, onde o Termo de Contrato de Gestão foi através da Resolução da Comissão Intergestora Bipartite - MT nº 338, de 09/12/2010; Portaria Gabinete do Ministro da Saúde nº 4165, de 27/12/2010. Neste Termo de Contrato de Gestão, está pactuado que os partos das mulheres de Acorizal serão realizados em Cuiabá.

Apresento alguns indicadores de Acorizal, como; demográficos e sociais, os quais irão contribuir para melhor compreender os aspectos de cuidado à saúde da população desta comunidade.

1. DEMOGRÁFICOS

Tabela 1 - Indicadores Demográficos, Município de Acorizal, Mato Grosso e Brasil: 2000 e 2010

Indicadores	Acorizal		Mato Grosso		Brasil	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
População Total	5.817	5.516	2.504.353	3.035.122	169.799.170	190.755.799
Razão entre sexos	119,76	111	99,98	104,3	96,93	95,95
Taxa de fecundidade	33,71	35,97	60,27	48,94	57,75	46,08
Taxa de natalidade	9,28	10,15	23	16,12	21,1	15
Taxa Bruta de Mortalidade	4,81	7,07	5,22	4,94	6,54	5,96
Razão de dependência	64,88	53,56	54,75	44,58	54,95	45,9

Fonte: Datasus/ dados demográficos/SINASC/SIM

Nota: Em 2000, o município de Acorizal representava 0,23% da população do Estado e 0,003% da população do país. (PNUD/ADH). Em 2010 passou a representar 0,18% e 0,003% respectivamente (pela autora).

Tabela 2 – Distribuição da População Residente, Segundo Situação de Domicílio – Acorizal/ MT: 1991, 2000 e 2010

Situação	1991		2000		2010	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Urbana	2.848	53,65	2.773	47,67	2.927	53,06
Rural	2.460	46,35	3.044	52,33	2.589	46,94
Total	5.308	100	5.817	100	5.516	100

Fonte: IBGE e DATASUS

2. SOCIAIS

Tabela 3 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH[5]) de Acorizal, Mato Grosso e Brasil, 1991, 2000 e 2010

Local	1991				2000				2010			
	Long	Educ	Renda	**IDH-M**	Long	Educ	Renda	**IDH-M**	Long	Educ	Renda	**IDH-M**
BR	0,662	0,745	0,681	**0,696**	0,727	0,849	0,723	**0,766**	0,816	0,637	0,639	**0,727**
MT	0,654	0,741	0,661	**0,685**	0,74	0,86	0,718	**0,773**	0,821	0,635	0,732	**0,725**
Acorizal	0,699	0,166	0,497	**0,386**	0,745	0,302	0,554	**0,5**	0,816	0,51	0,594	**0,628**

Fonte: PNUD, IPEA e FJP em http://www.atlasbrasil.org.br (capturado em 18/10/2016)

Em 2010, de acordo com IDH, Acorizal ocupa a 3519ª posição em relação aos 5.565 municípios do país e 132ª posição em relação aos 141 municípios de Mato Grosso, considerado de **médio** desenvolvimento humano (PNUD/ADH).

Tabela 4 – Vulnerabilidade Social: Acorizal– 1991, 2000 e 2010.

Crianças e Jovens	**1991**	**2000**	**2010**
Mortalidade infantil (/ 1000 nascidos vivos)	26,56	26,3	17
% de crianças de 4 a 5 anos fora da escola	---	84,08	70
% de crianças de 6 a 14 anos fora da escola	19,2	6,83	3,41
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza	---	21,49	27,81
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	1,83	4,19	5,4

[5] Considera-se IDH de: 0,000 a 0,499 – muito baixo desenvolvimento; 0,500 a 0,599 – baixo desenvolvimento; 0,600 a 0,699 – médio desenvolvimento; 0,700 a 0,799 – alto desenvolvimento; 0, 800 a 1,000 – muito alto desenvolvimento. (ADH/PNUD).

Taxa de atividade - 10 a 14 anos (%)	---	5,4	6,26
Família	**1991**	**2000**	**2010**
% de mães chefes de família sem ensino fundamental completo e com filhos menores de 15 anos	10,23	4,05	7,23
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	5,95	4,87	8,19
% de crianças com até 14 anos de idade que têm renda domiciliar per capita igual ou inferior a R$70,00 (extremamente pobres)	46,82	27,55	17,24
Trabalho e Renda	**1991**	**2000**	**2010**
% de vulneráveis à pobreza[6]	83,19	70,47	58,87
% de pessoas de 18 anos ou mais sem ensino fundamental completo e em ocupação informal	---	71,88	62,74
Condição de Moradia	**1991**	**2000**	**2010**
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	31,36	35,81	82,98

Fonte: PNUD, IPEA e FJP em http://www.atlasbrasil.org.br (capturado em 18/10/2016).

As condições econômicas e sociais que estavam submetidas à comunidade de Acorizal eram bastante precárias até os anos 90, conforme quadro acima. A população apresentava-se empobrecida e a infraestrutura da cidade era consideravelmente insuficiente. Observamos nesta conjuntura a importância da parteira nesses espaços onde a assistência formal à saúde falha no cuidado das mulheres.

Podemos observar que, no geral, os indicadores no município de Acorizal melhoraram nestes vinte anos de levantamento, entretanto, ainda ocupa um dos últimos lugares em Mato Grosso.

[6] Vulneráveis à pobreza: com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R$ 255,00 mensais. O governo brasileiro adota como medida de extrema pobreza familiar rendimentos mensais abaixo de R$70,00 por pessoa. (MDS, Brasil Carinhoso).

CAPÍTULO IV - DESVELANDO A PARTIR DE NARRATIVAS: SABERES E EXPERIÊNCIAS DA IRMÃ DAGMAR NA ARTE DE CUIDAR DA VIDA.

"Eu sou aquela mulher
a quem o tempo muito ensinou.
Ensinou a amar a vida
e não desistir da luta,
recomeçar na derrota,
renunciar a palavras
e pensamentos negativos.
Acreditar nos valores humanos
e ser otimista".
Cora Coralina

Neste estudo participou uma parteira, Irmã Dagmar de 71 anos de idade, com a experiência de ter realizado 1106 partos. Em vários momentos, a narrativa de sua vida se confunde com a história de Acorizal - MT. Também foram entrevistadas três mães que tiveram filhos com Irmã Dagmar, com objetivo de melhor compreender e registrar a importância que Irmã Dagmar representou na vida destas mulheres e para a comunidade.

Figura 1:

Fonte: arquivo da pesquisadora 2016

4.1 – Um pouco da história de vida da Irmã Dagmar.

Dona de um sorriso tímido, com uma parcimônia ao falar, acolhedora, sempre pontual e disposta para os nossos encontros, Irmã Dagmar é uma das muitas mulheres guerreiras que vivem no município de Acorizal, na baixada cuiabana em Mato Grosso. E ela seria apenas mais uma se não fosse as mais de mil crianças que ela ajudou a colocar no mundo, nesses 30 anos como parteira.

Seu estilo de narrativa foi empolgante, expressava com muito entusiasmo os fatos que compõem sua história de vida e mais empolgante quando conta suas experiências como parteira.

Nascida com parteira em Minas Gerais, município de Prata, em uma família de 12 irmãos, sendo a décima filha. O pai era fazendeiro e a mãe costureira, quitandeira e grande amiga das plantas medicinais, onde tinha grande conhecimento com os remédios caseiros.

Podemos observar que Irmã Dagmar vem de uma família simples, com muitos filhos, da zona rural. Em sua narrativa assumia um tom melancólico e se sente orgulhosa por ser filha de uma mulher que com seus saberes sobre plantas medicinais ajudou muitas pessoas no cuidado da saúde, e a considerava uma pessoa de muita sabedoria e fé.

Thomas Luckmann e Peter Berger, no livro *A construção social da realidade* (1983), enfoca o processo de socialização dos indivíduos por meio da família e escola, ou seja, socialização primária e secundária. É na socialização primária que acontece o primeiro contato social do indivíduo. É nesse período que inicia em sua vida, a formação social, sendo esse tipo de socialização considerado o mais importante, e é por meio deste que ocorre a socialização sequencial, a secundária, em que a escola é a principal responsável e que nos direciona na vida.

> A primeira, segundo os autores, define-se pela imersão da criança em um mundo social no qual vive não como um universo possível entre todos, mas como o mundo, o único mundo existente e concebível, o mundo *tout court*. Essa imersão se faz a partir de um conhecimento de base que serve de referência para que ela consiga objetivar o mundo exterior, ordená-lo por intermédio da linguagem, bem como refletir e projetar ações passadas e futuras. É a incorporação desse saber de base *na* e *com* a aprendizagem primária da linguagem - oral e escrita - que constitui o processo fundamental

> da socialização primária, pois assegura a posse subjetiva de um eu e de um mundo exterior (BERGER; LUCKMANN, 1983, pp. 173-190).

Para esses autores, os saberes básicos incorporados pelas crianças dependerão não somente das relações entre a família e o universo escolar, mas de sua própria relação com os adultos responsáveis pela socialização.

Embora a socialização inclua todas as experiências no mundo social, a participação regular em práticas sociais constitui um espaço privilegiado para os indivíduos desenvolverem competências, relações, identidades e disposições, assim como incorporarem representações do mundo e de si mesmos.

Neste sentido, observamos o quanto a Irmã Dagmar se sente segura ao falar de sua história, que nasce de parteira, em uma família com muitos irmãos e que era católica. Ela sorrindo para mim disse.

> Minha história de vida é bonita. Nasci na fazenda com parteira, uma família grande de 12 filhos, sou a 10ª filha, sete mulheres e cinco homens. Uma família que vivia os princípios cristãos. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Irmã Dagmar relata que desejava ser enfermeira, pois ajudou sua mãe a cuidar de uma irmã que ficou doente por muito tempo e isso despertou nela este desejo. Mas o pai não permitiu, apenas autorizava que as filhas fossem professoras.

> Eu queria na verdade fazer enfermagem, mas o meu pai não permitia, para ele todas as filhas tinham que ser professora e eu queria fazer enfermagem. Esta vontade nasceu porque eu tinha uma irmã doente e sempre via minha mãe cuidando dela. Lá começou a despertar para o lado da saúde, mas meu pai não permitiu. Eu estudava no colégio de irmã aí comecei a pensar em ser irmã, mas eu queria ser irmã depois de ser enfermeira só que como ele não deixou. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Ela ainda jovem começou a estudar para ser freira, aos 19 anos, no Rio de Janeiro, na congregação Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo[7], mesmo contrariando seu pai, que também não queria que ela fosse freira.

> Comecei estudar em Petrópolis, no Rio, ali fiquei cinco anos, quando terminei o noviciado fiz o Técnico de Enfermagem na Escola Santa Luiza de Marillac, no RJ, uma escola muito boa. Eu fiz um curso muito bom, sobretudo porque como eu era irmã e morava no hospital tinha oportunidade de ficar trabalhando nos períodos de férias. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Relatou que mora em Mato Grosso há 40 anos, antes morava em Campo Grande, onde adquiriu muita experiência no cuidado de pessoas internadas em hospital.

> Minha superiora mandou-me para Campo Grande para o hospital Militar no ano de 69. Trabalhei no hospital militar por sete anos, foi muito bom, porque ali eu tive muitas experiências. Passei por muitas coisas, porque naquele tempo, em Campo Grande, não tinha enfermagem, entendeu? (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Irmã Dagmar veio para Acorizal a seu pedido, pois já conhecia Mato Grosso, os pais já estavam morando neste Estado e ela vinha visitá-los sempre.

> Eu sonhava em vir para o meio dos pobres, eu queria vir para um lugar onde eu visse reinar realmente este espírito de São Vicente de Paula, que era ter suas filhas no meio dos pobres, morando em domicilio, visitar os pobres, cuidar dos doentes, estar no meio deles. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Nas Constituições, onde foram estabelecidas as Santas Regras das Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo, "*Doadas a Deus para o serviço dos pobres"*, e no primeiro

[7] **Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo**, **Companhia das Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo**, **Servas dos pobres** ou ainda **Filhas da Caridade**, **Irmãs de São Vicente de Paulo**, é uma sociedade de vida apostólica comunitária fundada em 1633 por Vicente de Paulo (1581-1660) e Luísa de Marillac (1591-1660). É a primeira congregação religiosa feminina católica a ter vida apostólica, até então existia, para as freiras, apenas a vida claustral. O carisma fundamental das Filhas da Caridade é o serviço aos pobres: nos hospitais, nas escolas, nas paróquias, nos campos de batalha, aos doentes mentais, às crianças abandonadas, às mulheres marginalizadas, às pessoas idosas, e outros. A Companhia está presente e atuante nos 5 Continentes, organizada em 79 Províncias e Regiões. Possui mais de 2.424 casas, somando um contingente de mais de 21.000 religiosas.

parágrafo “Fundadas por São Vicente de Paulo e Santa Luísa de Marillac, para servirem os Pobres corporal e espiritualmente, as Filhas da Caridade [...] esforçam-se por seguir a Cristo mais de perto e dedicar-se ao serviço de seus irmãos, com espírito evangélico de humildade, simplicidade e caridade”. (Constituições, 1983, pag. III)

Em seu relato, Irmã Dagmar apresenta clareza em seus objetivos ao escolher Acorizal para morar.

> Eu queria vim morar no meio do povo, para fazer trabalho de São Vicente, próprio do Carisma – estar no meio dos pobres, eu sonhava em morar num lugar pobre, e Acorizal era município de menor renda per capta, não tinha nada; posto de saúde fechado, não tinha assistência à saúde e à educação, era muito precária. O postinho de saúde estava fechado, e cheio de ratos, barata e morcego. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Neste relato, podemos observar com eram precárias as condições de vida das pessoas no município de Acorizal, com ausência de políticas públicas de cuidado da saúde e da educação. Dificuldades oferecidas pelas barreiras geográficas, pois, Acorizal, apesar de próximo da capital, era uma localidade de difícil acesso, pois só tinha estrada de terra, caracterizando o seu isolamento social.

Ela relata que colocou como opção de vida o Carisma[8], de estar no meio do povo para ajudar a cuidar dos empobrecidos. O cuidado aos doentes foi uma das muitas formas de solidariedade adotadas por ela.

E importante salientar que, para Irmã Dagmar, o sentido de carisma é:

> O objetivo principal da nossa opção como filhas da caridade, e o que nos identifica como família religiosa, como irmãs. São Vicente não queria

[8] Para Boff, o carisma constitui a estrutura estruturante da comunidade. Nesta leitura o carisma não se inscreve mais no âmbito do extraordinário e inusitado, mas constitui o registro comum da estruturação comunitária. Destarte o carisma significa simplesmente à função concreta que cada qual desempenha dentro da comunidade a bem de todos (cf. ICor 12, 7; Rm 12, 4; Ef 4, 7). O carisma é uma manifestação da presença do Espírito nos membros da comunidade, fazendo com que tudo o que são e fazem seja feito e ordenado em beneficio de todos. “Küng assim define o carisma: “É o chamamento que Deus dirige a cada um para um determinado serviço na comunidade, tornando-o apto para esse mesmo serviço”“. Outro grande especialista no campo assim o circunscreve: "Carisma consiste no chamamento concreto recebido através do evento salvífico, exercido na comunidade, constituindo esta comunidade, permanentemente construindo-a e servindo os homens no amor".

> religiosas, por que naquele tempo se fosse religiosa teria que ficar enclausurada. Ele queria que as irmãs no meio do povo, para cuidar dos pobres. Então, se perguntarem se somos religiosas, temos que responder: não somos pela graça de Deus. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Ainda nas constituições apresentado em 29 de novembro de 1633, o ideal para as Filhas da Caridade "Cuidar dos Pobres e doentes a domicílio, nas cidades e aldeias [...] depois a medida das necessidades, dos doentes nos hospitais da instrução das jovens, das crianças abandonadas, dos galés, dos soldados feridos, dos refugiados, das pessoas idosas, dos dementes e outros...". (Constituições, 1983, pag. 04)

Quando ela chegou a Acorizal, em 1976, se deparou com uma realidade bastante precária e logo se colocou a serviço desta comunidade.

> Quando eu cheguei desci do ônibus, parece que ali começou minha missão, mesmo porque quando desci do ônibus, o motorista do ônibus caiu na calçada [...] Então, peguei a mala e o aparelho de pressão para ver a pressão do moço. Estava presente a dona Amália, ela era a primeira dama, começou a dizer "agora nos já temos enfermeira"... Ai o povo achou que a irmã estava curando e foi na chegada, foi o batismo de chegada, comecei a caminhar. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Irmã Dagmar conta ainda que ao fazer visitas domiciliares, conheceu todos os moradores de Acorizal.

> Então eu parecia que já estava sentindo em casa com toda aquela história e comecei assim convivendo com as pessoas, visita de casa em casa aquele tempo, Acorizal era muito pequeno, eu me lembro de que eu visitava a pé em um dia todas as famílias. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

O convívio no cotidiano da comunidade, ela foi criando lanços de amizade e de confiança com os moradores.

> Nós também íamos pegar água, tomava banho no rio, então tínhamos a oportunidade de ir dialogando sobre a grandeza da vida, destas coisas tão importantes que iam trocando de ideia... a gente convivia em todas as coisas, na igreja, na comunidade, no posto de saúde, no rio e de casa em casa,

> sempre tivemos uma presença assim. Eu sabia onde todos moravam. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Para Boff (1994), “o carisma significa simplesmente a função concreta que cada qual desempenha dentro da comunidade, a bem de todos”, neste sentido podemos observar que o envolvimento da Irmã Dagmar com a comunidade de Acorizal, se deu de forma integral e numa perspectiva de carisma, de estar a serviço.

Segundo Bauman (2003), “o que os indivíduos provavelmente” veem na comunidade, é uma garantia de "certeza, segurança e proteção" - três qualidades que mais lhes fazem falta nos afazeres da vida e que não podem obter isolados e dependendo dos recursos escassos de que dispõem individualmente. Assim, a "comunidade ética", proposta por Bauman, "seria tecida de compromissos de longo prazo, do tipo compartilhamento fraterno, de direitos inalienáveis e obrigações inabaláveis, com perspectiva de futuro". (Bauman 2003, pag.68).

A vida em comunidade tem a possibilidade de incrementar as condições necessárias para o bem viver, para isso Brauman (2003) propõe duas tarefas que a comunidade deve pleitear, para fazer frente às patologias da sociedade atual: *a igualdade dos recursos necessários para transformar o destino dos indivíduos de jure em indivíduos de fato, e um seguro coletivo contra incapacidades e infortúnios individuais* (p. 133). A realização dessas tarefas requer, assim, um agir coletivo e disso não escapa o cuidado em saúde. Irmã Dagmar, a partir de suas práticas, deixa claro que acredita nesta possibilidade de que a vida em comunidade requer compromisso, responsabilidade e envolvimento integral com a vida das pessoas que ali vivem.

Quando Irmã Dagmar chegou, logo começou suas atividades no posto de saúde como técnica de enfermagem. O posto de saúde estava fechado, não tinha médico, nem equipe de saúde, a população estava desassistida.

> Eu fui primeiro ao posto de saúde e quando eu cheguei lá e abrir os arquivos velhos, o que saiu de ratos, de baratas, de morcegos voando, fiquei muito preocupada, pensei como vamos cuidar de tudo isso, bom só sei que conseguimos lavar organizar aquilo tudo. O pessoal começou a ver que as coisas estavam diferentes, e as mães começaram a procurar trazendo as crianças doentes, então comecei a ver que tinha gestantes, pensava como que

> estas gestantes estão ao "léu", sem assistência nenhuma. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Posso afirmar que nos momentos de coletas de dados, onde levei em consideração a dialogicidade[9], esse processo permitiu estabelecer relação estreita com a Irmã Dagmar, de forma mais efetiva e reflexiva possível, quando passei a compreender e apreender os sentidos percebidos por ela, de sua historia de vida, desde os aspectos que a constitui como parteira, assim como suas experiências como cuidadora em sua comunidade - Acorizal.

Irmã Dagmar se emociona, chora, se levanta e lava o rosto de forma humilde ao falar de suas experiências e vivência, seus sentimentos no ofício de partejar. Percebo a dedicação incalculável que esta mulher experimentou em seus mais de 30 anos como parteira.

> Quantas vezes eu ainda hoje, à noite, levanto rápido para atender doentes, eu me lembrava da historia de Barbara de Ranil, uma das nossas primeiras irmãs. No momento da morte dela, São Vicente perguntou o que ela tinha na vida dela que ela gostaria naquele momento de falar, ela disse "que sentiu a grande alegria de ter servido aos pobres". Então eu senti alegria em poder servir as pessoas, de estar caminhando de dia e de noite, a qualquer hora. Eu penso assim, que o espírito de São Vicente reina muito dentro da gente, que é o espírito do evangelho de estar servindo, de valorizar a vida, de dar tudo que você tem até as últimas consequências. (ela se levanta e fica em pé, está muito emocionada). (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Nas Constituições apresenta "Os fundadores consideram a vida fraterna como sustentáculo essencial da vocação das Filhas da Caridade. Esta vida comum e fraterna realiza-se na Comunidade local onde as Irmãs, colaborando na Fé e na alegria. " (Constituições, 1983, pag. 08).

[9] A dialogicidade é a essência da educação como prática da liberdade. O diálogo é tratado como um fenômeno humano em Paulo Freire, "se nos revela como algo que já poderemos dizer ser ele mesmo: a palavra. Mas, ao encontrarmos a palavra, na análise do diálogo, como algo mais que um meio para que ele se faça, se nos impõe buscar, também seus elementos constitutivos" (Pedagogia do Oprimido, 2005, p.89).

4.2 Irmã Dagmar e o oficio de partejar

Escuta, escuta, o outro, a outra já vem
Escuta, escuta, cuidar do outro faz bem
Desde o tempo em que nasci
Logo aprendi algo assim
Cuidar do outro é cuidar de mim
Cuidar de mim é cuidar do mundo.

Ray Lima

Nesta secção, apresentamos um pouco das vivências da Irmã Dagmar em seus trinta anos como parteira, suas histórias e experiências, as quais relatam como muita alegria e serenidade. Apresentamos também alguns relatos de três mulheres, onde observamos a presença marcante da Irmã Dagmar na vida destas mulheres, bem como na comunidade de Acorizal.

Na perspectiva da abordagem fenomenológica, adotada por este trabalho, as entrevistas e as narrativas foram analisadas, buscando a compreensão dos fenômenos importantes que formam parte dos saberes e experiências no oficio de partejar. O tom vital das narrativas foi utilizado como fio condutor para a compreensão da história da parteira, e serviu à composição do ritual de cuidados desenvolvidos por Irmã Dagmar no oficio de partejar.

A História Oral de Vida narrada pela Irmã Dagmar e por Hortência, Orquídea e Girassol, nossas colaboradoras que viabilizaram a realização desta pesquisa, numa abordagem fenomenológica, permitiu a essas mulheres a oportunidade e a liberdade para contar sua própria história, suas experiências, utilizando-se de seu universo de símbolos e significados.

Irmã Dagmar iniciou o ofício de partejar por acaso, não tinha conhecimentos para fazer parto, pois no hospital que trabalhava só os médicos faziam partos, não tinha ainda experiência, um dia foi chamada em casa por uma menina dizendo que a parteira estava com dificuldades para fazer o parto, pois a criança não nascia.

> Um dia estava aqui em casa, uma menina chegou apurada e falou, “a parteira está fazendo um parto e a criança não nasce, mandou chamar à senhora”. Fiquei fria, gelada e pensei, meu Deus do céu, não sei fazer parto, mas tinha parteira junto. Quando eu cheguei, vi que a mulher estava com contração, mas a bolsa não rompia, a parteira não tinha ideia do que fazer e tava demorando. Eu tinha uma a bolsa de parto que tinha todas as coisas, então coloquei a luva, elas ficaram espantadas com a luva, nunca tinha visto isso. Então perfurei a bolsa e a criança nasceu, a parteira ficou espantada, mas como pode, então expliquei pra ela direitinho: à senhora não pode fazer isso sem saber direitinho. Só sei que este foi o primeiro parto, aquela notícia foi passando: “a irmã faz parto”. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Observamos neste relato que, o ofício de partejar, desenvolvido pelas parteiras em município onde há total ausência de serviços de saúde por parte do poder publico, as condições são bastante precárias. Contudo, a solidariedade também estava presente, quando Irmã Dagmar, mesmo sem nunca ter realizado parto, se dispõe a ajudar.

Irmã Dagmar afirma que tornou-se parteira por solidariedade, as outras parteiras, diante da necessidade de cuidar das mulheres da comunidade, compreende ainda essa atividade como um ofício, um dom dado por Deus.

Outro aspecto importante é a bolsa de parteira que Irmã Dagmar carregava com ela. Esta bolsa tem um significado no cuidado, pois, como relata a Professora Maria Silveira dos Santos em palestra proferida na Tenda Paulo Freire, em Cuiabá, em outubro de 2016: “a bolsa de parteira é muito significativa no cuidado, pois ela tem plástico pra proteger a cama, ela tem um aparelho de pressão, uma fita métrica, uma balança, um pinar (um aparelho para escutar o coração da criança), ela também tem álcool, pares de luva, uma caixa de material cirúrgico com duas pinças e uma tesoura que a gente usa para fazer o corte do cordão umbilical, nela também vem um antisséptico, um impermeável, um absorvente higiênico, isso tudo serve para prestar uma assistência centrada na evolução do processo de parir, e a involução, quando o útero cresce demais e tem vasos sanguíneos muito calibrosos, e precisa voltar no mesmo ritmo e precisa que se observem cuidadosamente as perdas sanguíneas fisiológicas pós-parto, para descobrir precocemente indícios de hemorragias, que é a primeira causa de morte materna no Brasil e no mundo”.

A pesquisada aprendeu e se tornou parteira com as experiências no ofício de partejar e teve como orientadora Irmã Dázia, com quem dividiu muitos momentos de preocupação.

> Fazendo partos, aprendi assim. A irmã Dázia me ensinou muito. Irmã Dázia do Hospital de Rosário Oeste. Aconteceu uma vez, eu levei para lá uma mulher que tinha hemorragia depois do parto, eu estava apuradíssima, ela me falou assim: "irmã Dagmar, a senhora tem que aprender a fazer "curagem" eu até tremi porque fazer curagem é colocar a mão lá dentro do útero e tirar a placenta e os coágulos que têm dentro do útero, por isso que fica perdendo sangue. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

A partir deste dia, ela realizou segundo suas lembranças mil cento e seis (1106) partos no município de Acorizal, foram vários partos e com muitas histórias para contar.

> Eu já fiz parto em beira de estrada, dentro de carro, em cima de couro, na rede com lamparina, pois a maioria das casas naquela época não tinha cama nem luz elétrica".
>
> E tem mulher, eu nem me lembro, eu estava viajando para Cuiabá, uma mulher sentou perto de mim, primeira coisa que ela falou: meus sete filhos nasceram nas mãos da senhora. Eu me assustei e falei assim: sete, Lindinalva? E ela falou sim: meus sete filhos nasceram com a senhora e estão todos bonitos. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

É importante salientar que em sua entrevista, o que mais ficou significativo, como parteira, foi poder participar da vida de muitas pessoas, principalmente das mulheres que ela ajudou neste ofício.

> Estes momentos de partos para mim foram muitos significativos na minha vida, e sentir assim a confiança das mulheres em mim, aquela confiança tão grande que parecia que o parto podia ser difícil, mas acreditavam tanto que se a irmã estivesse ali tudo iam dar certo. Elas falavam e até hoje elas falam daquele momento. Para mim era momento de muita vida, a gente descontraía e conversava e tinha as comadres juntas, tinhas aquelas que ficavam contando os casos dos partos delas às outras, foram momentos de muita vida, realmente que eu trago muitas lembranças, foi pena eu não ter escrito isso na época e ter perdido todas as anotações que eu tinha daqueles partos, da

> quantidade de partos, das dificuldades que eu tinha, tudo anotado e perdi tudo, uma pena. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Seus depoimentos indicam que as parteiras cuidam na tentativa de diminuir o desconforto, a dor, de forma que a mulher possa ser protagonista neste momento. As parteiras, em companhia com as comadres, rezam para tudo acabar bem, buscando oferecer à parturiente confiança e tranquilidade.

Neste sentido, podemos observar na narrativa da Dona Hortência o cuidado que ela tinha com as mulheres, não só no parto como durante toda a gravidez.

> No meu segundo parto, que a Irmã Dagmar acompanhou desde o começo, foi uma tranquilidade para o nenê nascer, não pensava na dor, só no nenê. Porque nas palestras que a Irmã Dagmar fazia para as gestantes, ela nos deixava tranquila, segura e com grande expectativa do bebê chegar, Eu tive meu bebê aqui em casa, como eu queria. Ela acompanhava a gente, media, via o peço, ouvia o coraçãozinho e via a posição da criança, isso nos deixava tranquila. (HORTÊNCIA, 2016).

Em seu relato Irmã Dagmar fala da emoção que sentia no momento do nascimento das muitas crianças que nasceram com sua ajuda.

> E muito gostoso pegar um nenê (emocionada). Eu achava a coisa mais linda quando o nenê vinha e eu segurava aquele nenê, este era um momento de muitas alegrias, que coisa mais linda e achava tudo bonito, lindo, eu acho que nunca teve nenhum meio feio, tudo bonitinho demais, coisa mais linda as crianças. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Dentre tantas emoções vivenciadas neste caminho como parteira, Irmã Dagmar enaltece o parto de uma jovem, da qual ela havia ajudado nasce e agora faz um parto gemelar (de gêmeos), onde nasceram duas menininhas.

> Teve um parto que eu fiquei muito emocionada. Eu ajudei no parto de uma menininha chamada Jane. É uma menina muito boa, aqui na comunidade. Depois, eu ajudei em um parto gemelar, da Jane, que nasceu em minhas mãos, eu fiquei muito emocionada porque eu vi que eram dois. Fui com ela para Cuiabá e no meio do caminho nasceram

> às menininhas. Eu me lembro que eu fiquei muito emocionada porque eu tinha feito o parto da Jane e colocado o nome dela. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Os laços de afeto que se estabeleceram entre Ir. Dagmar com as mulheres e com as crianças que ela ajudou no ofício de partejar estão registrados no cotidiano de Acorizal, percebo este fato em seus relatos.

> Eu sempre fico feliz, pode ser um homenzarrão ou uma mulher, fico muito feliz, mesmo quando nem sei mais que nasceu comigo e que chegam e falam nasci com a senhora, isso faz uma festa dentro de mim, não sei expressar bem como que é, mas é diferente. E com as mulheres que eu fiz parto eu sinto que dentro delas uma amizade diferente entendeu, sinto delas que tem uma ligação que quer sempre lembrar, falar que te expressa muito amizade, sobretudo quando vão à casa. Têm umas que vêm sempre aqui trazer uma lembrancinha, uma abobrinha. Tem uma lá do "córgo", esta mulher não esquece, ela sempre vem aqui e trazer alguma coisa para nós. (IRMÃ DAGMAR, 2016)

> Nós adotamos a Irmã Dagmar como mãe. Ela fez um trabalho tão bonito, o carinho que tinha conosco. Carinho e preocupação de mãe. Fazia Pré-natal de trinta em trinta dias, ela reunia conosco no posto de saúde, isso deixava a gente tranquila no parto. (HORTÊNCIA, 2016).

> Irmã Dagmar é uma pessoa muito importante, eu considero ela assim, como avó de minhas crianças. Muito carinhosa, agradável. Durante estes quatro partos que eu tive com ela, Irmã Dagmar foi muito boa para nós, tem toda paciência, acompanhava a gente no pré-natal. A gente considera ela muito. Ela é muito amada por tos nós. Não vamos esquecer ela nunca. Eu agradeço muito por tudo que ela fez e faz. (ORQUÍDEA, 2016)

Dona Orquídea relata que teve um câncer e mesmo depois de operada não se sentia curada e estava com depressão e só ficou bem depois que conversou com a Irmã Dagmar.

> Vê como a gente confia nela, eu não acreditava no médico, eu estava com depressão, aí ela veio com Irmã Vera e olharam meu exame, o resultado da biópsia e falou para mim que eu estava curada do câncer, quando ela saiu de

> casa eu chorei muito e depois pedi para meu marido: “quero comer” e a partir deste dia eu fiquei boa... A gente confia muito nela porque ela tem muito carinho por nós. (ORQUÍDEA, 2016)

Girassol, fala com muita emoção sobre a importância da Irmã Dagmar em sua vida, relata parte de sua juventude, suas dificuldades como mulher, trabalhadora, mãe e agora avó.

> Não tem palavras para descrever o quanto ela é importante para mim, não só Irmã Dagmar, mas todas. E diz chorando “se hoje sou quem sou se tenho a vida como tenho, graças a elas, em especial a Irmã Dagmar, que me ajudou, que não media esforço para estar comigo, na hora que sempre preciso, elas estão aí, tanto para me aconselhar com carinho. (GIRASSOL, 2016).

Observou-se através dos relatos de Irma Dagmar, de suas experiências na prática de partejar, que a humanização do parto domiciliar se consolida numa relação de solidariedade entre parteira/parturiente, num gesto fraternal e de solidariedade.

> Estão chamaram nós para fazer parto lá no cabaré, fomos à noite com nossa lanterninha, quando chegamos não tinha homem nenhum de fora, estavam só as moças, umas cinco, tudo estava arrumadinho, tinha bacia com água e sabonete para lavar a mão. A cama tudo muito bem arrumado, tinha cabide com as roupas penduradas. Examinei e falei, “vai demorar ainda um pouco este parto”. Eu estava pra morrer de sono porque na noite anterior eu tinha feito parto também e quase não dormi. A irmã Vera disse: ‘... Dag deita um pouco e dorme para você descansar’. Então fui deitar na cama delas, deitei ao lado da mulher e lembrei que o Sr. Jesus Cristo ‘este procederam no reino dos céus’. Pensei, filhas de São Vicente e pra isso. Aí deitei e dormi. Acordei com a mulher que estava aumentando a dor... o nenê estava nascendo e não era a cabeça e sim os pezinhos e aí vi que era pélvico... e veio e a criança, nasceu com um parto feliz e a mãe disse ‘eu queria que nascesse com a senhora’, gente passa apuros né, mas nasceu ali mesmo, deixamos a mulher toda arrumadinha. A mulher perguntou: ‘amanhã a senhora vem fazer curativo no meu bebe?’ falei: venho. E ela falou assim: Marca um horário, tudo vai estar prontinho aqui, pode vir despreocupada que não vai ter homem nenhum aqui. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Na fala de Irmã Dagmar, evidencia que, na experiência de cuidar da mulher durante o parto, as parteiras adotam uma postura pouco intervencionista, pautada no fazer nada, fazer companhia, ficar perto, esperar com paciência, acariciar, oferecer um chá com bastante zelo. Na verdade, para essas mulheres, o fazer nada, significa fazer o que entendem ser necessário para o desenvolvimento do processo, com o mínimo de interferência, respeitando o caráter fisiológico e o próprio ritmo dos acontecimentos. O fazer nada quer dizer, também, criar condições que permitam à mulher sentir-se segura e confiante, ter paciência, estar junto, acolher, permitir que a parturiente possa viver o prazer e a dor, segundo sua singularidade. É possibilitar o equilíbrio para que as energias do corpo e do ambiente sejam canalizadas para a vida. É propiciar à mulher um verdadeiro encontro dela consigo mesma, em busca da força que há em si para viabilizar o nascimento de um novo ser.

Irmã Dagmar percorria vários quilômetros de bicicleta, a cavalo, de dia e à noite, quando era chamada para fazer parto.

Figura 2: Irmã Dagmar, ainda muito jovem, indo a cavalo com a sua bolsa de parteira.

Fonte: arquivo da pesquisadora, 2016.

Observou-se através de relatos que ela, às vezes, chegava a fazer mais de um parto por dia, e por consequência, às vezes, passavam semanas sem fazer nenhum parto.

> Eu deixava sempre a minha bolsa arrumada com os materiais que uso para fazer o parto, pois nunca sabia quando um bebê resolvia nascer. As pessoas me chamam a qualquer hora. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Dona Hortência relata que no dia do nascimento de sua filha, a Irmã Dagmar acompanhou dois partos, o dela e de outra mulher, chamada Alice.

> Ela disse: aguenta aí que vou correndo em Cuiabá internar a Alice, que está pra ganhar o nenê e volto para fazer seu parto. Naquele tempo ainda era estrada de "chão". Eu esperei. Só quando ela chegou que a dor apertou, e ai pronto o nenê nasceu isso tudo à noite, era uma hora da manhã. (HORTÊNCIA, 2016)

"Já peguei criança sentada, atravessada, de tudo quanto é jeito", conta que se orgulha que nenhuma mãe ou criança tenha morrido durante os partos que ajudou.

> Graças a Deus não. Eu acho que só a misericórdia de Deus, porque sempre senti muito milagre, entendeu? Eu tinha a intuição de que aquele parto ia complicar, me vinha aquilo assim, que eu tinha que levar aquela mulher para Cuiabá. É a presença de Deus. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Ela acompanhava as gestantes desde o pré-natal até a hora do nascimento da criança, sendo esta atividade fundamental para a diminuição da mortalidade materno-infantil. A mortalidade materna e infantil ainda é uma questão grave no Brasil. Para a Organização Mundial da Saúde, primeiro indicador para mensurar o cuidado em saúde em uma dada sociedade é a mortalidade materno-infantil.

> Eu no início, comecei a visitar as gestantes antes e fazia o pré-natal. Pré-natal muito simples. Visitava na casa delas e aí marcava no posto de saúde as reuniões com as gestantes. Naquele tempo eram muitas, pois o município de Jangada era distrito de Acorizal e as mulheres que vinham pra cá, eu cheguei de ter 100 gestantes de pré-natal e era normal as mulheres ter 12 filhos, 10 filhos, então no pré-natal, no encontro com elas a gente conversava, eu explicava tudo sobre o parto, né? Os movimentos e conversava sobre a criança, eu tinha o disco muito importante que ajudava as mães acompanhar o desenvolvimento das crianças. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

É possível observar que para Irmã Dagmar o cuidado com as gestantes ainda no pré-natal era sua principal preocupação.

> Era muito importante o pré-natal. O tempo que estive no posto de saúde não ficava nem uma gestante fora do pré-natal. Eu ia à casa buscar as mulheres e todo mês fazia pré-natal e era tudo muito simples, porque não tinha nem exames, nada, mas pelo menos eu tinha que olhar a pressão e ver se estava ganhando peso, se a mulher estava alimentando, vê se a mulher tava tendo as condições necessárias para o desenvolvimento da criança. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

> Nós adotamos a Irmã Dagmar como mãe. Ela fez um trabalho tão bonito, o carinho que tinha conosco. Carinho e preocupação de mãe. Fazia Pré-natal de trinta em trinta dias, ela reunia conosco no posto de saúde, isso deixava a gente tranquila no parto. Nos dias no posto de saúde, primeiro ela tinha a conversa com todas as mães juntas, fazia palestras, depois atendia individualmente e nos deixava muito tranquilas. (HORTÊNCIA, 2016)

> Quando a gente pegava gravidez, a primeira coisa que a gente procurava e a Dag (como é chamada carinhosamente pelas pessoas de Acorizal), para contar eu estou grávida e ela então já dava conselho para fazer pré-natal, acompanhamento de médico. Foi o segundo parto que ela fez, foi para eu ter minha filha, hoje esta com 40 anos. (ORQUÍDEA, 2016)

Para Irmã Dagmar, em sua percepção, o momento do parto para as mulheres era de muita fragilidade, preocupação, mas também de muita emoção.

> É muito importante para a mulher, à gente sente que aquele momento é uma coisa importantíssima para elas, não esquece cada mãe, lembra os momentos do nascimento de seus filhos. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

E ainda

> A emoção, a alegria que passa a mulher no nascimento da criança, eu acho que quem esta ali responsável tem maior ainda. Quando nasce a criança, dou graça a Deus. A gente fica ali sem saber o que vai dar, aí, quando a criança nasce, que alegria. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Observamos que o significado da experiência de cuidados, desenvolvidos durante o processo de nascimento, sobretudo no momento do parto em casa, está diretamente ligado à condição de respeito ao ritmo da natureza, sob uma perspectiva humanizada, pois, privilegia a mulher como centro do cuidado.

Irmã Dagmar, em seus relatos, apresenta também a ligação da parteira, quem cuida na hora do parto, a relação das duas mulheres, tem muito a ver com o aspecto do cuidado neste momento tão delicado.

> Quando nasce cria uma relação que é além da amizade, além da gratidão, uma relação afetiva profunda que ultrapassa uma relação só de amizade, de gratidão, tem isso, mas é como assim, alguém que se comprometeu com minha vida. As senhoras sentem por ela isso daí: "alguém que se comprometeram com minha vida me ajudou e fez minha criança nascer bem". E como consigo traduzir isto aí. Um elo mais profundo. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

É importante resaltar que também se estabelece um laço de confiança e companheirismo entre a parteira e mulher que esta "dando à Luz", nesta relação de cuidar. O significado de cuidar, assistir, tomar conta, encontra, faz parte de uma prática dos cuidados correspondente ao reconhecimento e ao prolongamento de uma função social, que as parteiras exercem em suas comunidades.

Nos relatos observamos que as mães nesta relação de afeto e confiança pediam para irmã Dagmar dar o nome para as crianças.

> Muitas pediam os nomes, vezes eu fazia uma lista, colocava vários nomes e dizia escolhe um nome, na cidade toda criança era Benedito, aqui eles têm muita devoção a São Benedito. Eu falava: gente, vocês são todos parentes, agora fica tudo com o mesmo nome, com o mesmo sobrenome. Vamos colocar outros nomes nas crianças, aí começaram a modificar os nomes, mas era muito interessante a questão dos nomes. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Irmã Dagmar também é chamada de mãezinha na cidade de Acorizal, este nome carinhoso é dado por muitos, que ela ajudou em seu nascimento. "Uns falam mãezinha, eu vejo que eles sabem é diferente, uns que eu nem conheço mais". (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Observamos que para Irmã Dagmar o momento do parto também representava muitas preocupações com a vida da mulher e da criança, conforme relato.

> Sempre ficava apreensiva eu ia sempre pedindo a Deus e somente quando eu via que a criança era muito grande, que era parto de primeiro filho, eu ficava: meu Deus do céu. Quando o primeiro parto foi uma cessaria, aí era como se fosse primeiro. Então nós passamos muitos momentos que a gente ficava preocupada, então preocupação eu sempre tinha, mas eu ficava muito atenta, mas a providência divina gritava muito alto. Depois era uma alegria junto com a mãe. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

É importante salientar que nenhuma mulher faleceu durante os partos que a Irmã Dagmar ajudou a realizar. E ela reconhece como sendo um milagre de Deus.

> Graças a Deus não ocorreu nenhuma morte de mulher ou de criança comigo. Eu acho que só a misericórdia de Deus, porque eu sempre senti muito milagre. Eu tinha a intuição de que aquele parto ia complicar. Eu orientava para procurar o médico no hospital. Vinha-me aquilo assim, que eu tinha que levar aquela mulher, é Deus. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

A confiança na presença e ajuda de Deus é muito forte no relato da Irmã Dagmar, pois segundo ela havia um "combinado" entre ela e Deus, que sob seus cuidados, nunca nenhuma mulher ou criança iria morrer. Essa religiosidade esta muito presente nas parteiras, pois lidar com a vida é também lidar com a morte.

De um modo geral, o parto normal e domiciliar é simples. É realizado com instrumentos simples, o principal deles é a tesoura. Nos partos mais complicados, as parteiras lutam incessantemente para salvar mãe e filho, e as rezas parecem ajudar, observamos a partir da narrativa da Irma Dagmar.

> Os partos aconteciam 90% a domicilio e muitas vezes em rede, em cima de coro e no chão. Poucos tinham cama nos últimos anos, tinham, mas fiz muito parto em carro, porque ia levar e de repente, a criança nascia no caminho. No começo eu fazia menos, mas depois eu fazia a base de quatro a cinco partos por mês porque as mães tinham confiança em mim. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

> Ela acompanhava direitinho às grávidas e assim caso que ela via que não ia resolver, então levava para Cuiabá. A palavra primeira era de Deus, depois dela, né. (ORQUÍDEA, 2016)

Em seus relatos, Irmã Dagmar apresenta um modo próprio de ver o mundo, de sentir e de pensar as suas necessidades, das pessoas e de sua comunidade. As dificuldades sociais e econômicas que a população de Acorizal estava submetida.

> E as criancinhas da Marta, este parto a irmã Vera foi comigo de noite, para o bairro Canta Galo, este é o mais pobre da cidade, quando falava canta galo, a gente sabia que a pobreza reinava. No caminho, a gente ia vendo a pobreza. Quando chegamos lá, coloquei o material na cama. A casa só tinha lamparina. A gente com a lanterna e quando comecei, a Vera falou: Dag tem formigas nos meus pés! Falei então: **N**ossa senhora, nos meus também! E tinha o que eles chamam de "correção", muitas formigas nos nossos pés e eu não podia sair dali, porque tinha que fazer o parto e era no chão. De repente, a mulher falou: "Na minha cabeça irmã, tá cheia de formiga!" Vera ia tirar as formigas da cabeça da mulher, aí mordia na mão dela. Eu falava: Meu Deus do céu! Aí, com muito custo, nasceu à menininha, graças a Deus. Nasceu a criança, arrumei e forrei uma bacia e colocava a criança ali, direitinho, aí que eu vou pensar que vou tirar a placenta que eu olho, assim falei: Marta tem outra criança aqui dentro. Tinha outra menina e eu não vi no pré-natal, eu não descobri, só vi na hora. Então nasceu outra criancinha. A mulher começou com uma hemorragia. Eu falava: Meu Deus! Então à gente passava apuros, só Deus mesmo. Aí, enfiei a mão lá dentro e tirei os coágulos, mas a mãe tinha perdido muito sangue e falei: Vamos para Rosário Oeste com a mãe e as crianças, e saímos a pé de lá, nós não tínhamos carro e pedindo a Deus que não acontecesse nada e a Vera chorando. Eu sou forte, né? (Eu chorei só hoje, de moleza, kkk) aí, quando fomos para Rosário Oeste, a Vera levando as crianças e eu levando a mulher que estava com hemorragia e rezando para Deus. "Quando chegamos lá, a irmã Dália atendeu e já passava soro e nem chamava o médico, às vezes, porque já entendia de tudo. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

As ações desenvolvidas por Irmã Dagmar ofereciam significativas contribuições no resgate de uma prática de cuidado integral, compondo um conhecimento que trás elementos do saber popular e do saber científico, fortalecido por esse entrelaçamento.

Ir. Dagmar, apesar de muitas dificuldades encontradas no oficio de partejar, não negava cuidar das mulheres que vinham buscar seus cuidados. Sempre contou com a companhia e solidariedade da Irmã Vera.

> Fui fazer um parto alto horas da noite, o sono batia em mim e batia nela (Ir. Vera). Vera falou: “Dag, você não esta mais aguentando, deita aí nesse banco”. Então deitei naquele banquinho duro lá e ela não aguentou. A dona estava na rede, debaixo tinha um couro, Vera deitou naquele couro junto com as crianças, um pouquinho. A Vera disse: “Dag, eu estou mijada de criança”, as crianças estavam lá, juntas com ela, de repente um líquido quente e ficou toda mijada de criança. Então, após fizemos o parto para a gente ir embora, era oito de dezembro, a menina ficou com o nome de Maria da Conceição. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Figura 3: Irmã Dagmar em companhia de sua Irmã Vera.

Fonte: arquivo da pesquisadora, 2016.

As mulheres confiavam tanto na Ir. Dagmar que acreditavam que ela podia adivinhar o sexo da criança, mas ela relata que tinha uma habilidade de diagnosticar apenas com o toque na barriga da mãe.

> Os médicos que trabalhavam comigo sempre falava assim, que a senhora ajuda a fazer diagnóstico por que tinha coisa que eu via e que os médicos não viam assim, né? E com as mulheres também era só eu examinar a barriga. Quantas crianças que eu vi que era duas crianças, sem ultrassonografia não e fácil, mas eu percebia e teve uns que eu não vi. Eu examinava a barriga e via e o sexo, eles tinham uma brincadeira que eu adivinhava o sexo. Não era que eu adivinhava, eu dava meu palpite eu falava vai ser mulher, este aqui é coração de menina, este aqui e coração de menino e dava certo, e as mulheres dizia que eu sabia o sexo e falavam: Como à senhora sabe o sexo? (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Irmã Dagmar relata que a amamentação era comum no ato de cuidar da mãe com seus filhos.

> As mães naquele tempo sempre amamentavam. Amamentar era uma coisa comum, só que depois foram perdendo. O aleitamento foi uma questão que falávamos muito, o melhor leite é o materno para a criança. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Em seus ralados podemos observar o quanto Irmã Dagmar reconhece o saber popular das parteiras, saberes que são repassados de mães para filhas, e o quanto aprendeu nos diversos momentos de rodas de conversas e palestras que teve junto com essas mulheres.

> Agora uma coisa muito engraçada nas parteiras é que tem uma sabedoria popular, para as mulheres, a parteira sabe ajeita a criança, é ela que vai pôr a criança no lugar certo, a cabeça da criança no lugar certinho, isso elas não me chamavam porque acreditavam que quem sabia a posição da criança no lugar era as parteiras. As mães quando queria colocar a criança no lugar chamavam as parteiras porque elas falam com muitas sabedorias “tá vendo agora eu pus no lugar”. Assim acabavam as dores porque as parteiras colocavam no lugar. Interessante elas tinham “fiúza” nas parteiras. Eles tinham uma expressão “as parteiras ajeitava a criança no lugar” era uma crença popular e eu sempre respeitei. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Apesar de ainda ser chamada, para ajudar em partos, ela não exerce mais o ofício de partejar a 10 anos. Relata que sente saudades, mas também se vê impedida, diante das complicações que são impostas pelos órgãos de controle das profissões de saúde.

> Saí da atuação da enfermagem na hora certa, porque hoje a enfermagem não pode mais fazer aquilo que eu fazia, entendeu tudo cai no COREN e dá muita complicação. Hoje a enfermeira não é mais nem para fazer toque e isso para mim era a coisa mais normal, eu fazer toque e eu sabia que horas o nenê ia nascer e se levava ou não para Cuiabá. Então, têm mulheres que ainda vêm aqui em casa: Irmã, quero ver se eu já posso ir para Cuiabá? Então dou uma olhada na barriga todinha, mas falo: Eu não posso fazer toque. Mas deixo bem claro para ela: Não tenho mais respaldo da enfermagem. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

A maioria dos partos atualmente são realizados em Cuiabá, normalmente no hospital Santa Helena, pois em Acorizal, só tem o centro de saúde.

> Aqui em Acorizal eu não tenho conhecimento mais de partos a domicílios, todos vão para Cuiabá, mesmo por que as parteiras morreram todas. Morreu a dona Doca, a dona Ana Maria, morreu a dona Hercília, aquela de Baús, dona Cecília, morreu a dona Valéria, que ajudava muito nos partos. Acho que as parteiras mesmo daqui. Não tenho conhecimento se tem ainda parteira aqui. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

O carinho, o respeito e a solidariedade dos moradores de Acorizal para com Irmã Dagmar são expressados de várias maneiras, sendo: pedindo para ela escolher os nomes das crianças, cuidando da casa dela quando não está lá, bem como oferecendo a ela o que produzem em sues sítios, hortas e quintais.

> Na minha bicicleta tinha a cesta na frente, eu colocava ela lá na frente do posto, quando eu saia, tinha ovo, abóbora, feijão, banana, laranja, limão. A cestinha ficava cheinha do que o povo me dava e nem falava nada, iam pondo lá na bicicleta, farinha de mandioca, todo dia eu chegava com coisa para casa, com isso eles podiam contribuir. Até hoje eles nos dão muitas coisas da roça. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

> Irmã Dagmar é importante para toda a comunidade de Acorizal, no cuidado dos doentes, na velhice. Ela ainda sai cuidando das pessoas. Para muitos é uma santa mulher e falam: “Irmã Dagmar faz a vontade de Deus”. Não é exagero nenhum é a realidade mesmo. Tudos nós chamamos as irmãs. Elas têm o jeito certo de falar com as pessoas. (HORTÊNCIA, 2016).

Irmã Dagmar e reconhecida na região de Acorizal não apenas como parteira, mas também como a irmã que cuida dos doentes. Em todos estes anos, que a Irmã Dagmar mora em Acorizal, ainda no posto de saúde ela cuidava das pessoas com homeopatia como agente da homeopatia popular, vinculada a Associação Brasileira de Homeopatia popular.

> Ela tem este carrinho por todos, nos partos, pelos doentes, pessoas idosas. Acorizal é um lugar privilegiado de ter uma pessoa como Irmã Dagmar. (HORTÊNCIA, 2016)

Hoje, Irmã Dagmar não exerce o ofício de partejar, mas cuida das pessoas que a procuram em sua residência com homeopatia.

> Mas o povo ainda me procura muito, sobretudo porque depois eu não falei esta parte, mas têm uns 20 anos que eu trabalho com homeopatia e Passos foi meu professor, grande mestre na minha vida, ele e com a Edna eu aprendi um pouco de homeopatia e eu trabalhava com homeopatia dentro do posto de saúde e os médicos me dava todo respaldo na homeopatia dentro do posto. Eu trabalhava e os médicos falavam isso de que e a irmã que dá conta de fazer remédios para homeopatia então eu me aposentei, mas continuo a trabalhar com homeopatia com a fitoterapia e com as tinturas. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Para nossa colaboradora a homeopatia popular é um instrumento para cuidar das pessoas.

> Sim, quando as pessoas ficam doentes geralmente me avisam e eu também vou ao posto e pergunto sobre os doentes, então a gente está sempre em contato, assim com as pessoas que a gente sabe que estão gravemente doentes e que vão operar para também visitar e também na zona rural a gente também vai visitar sempre tem alguém que vem falar de doença ai que eu

> aproveito e passo a consulta na homeopatia e faço a medicação. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Dona Hortência relata que a confiança em Irmã Dagmar é muito grande,

> "Quando ela passa um chá, uma homeopatia a gente sabe que vai melhorar" e ainda "Irmã Dagmar é muito importante para nós. Um pedido da irmã Dagmar para nós e uma ordem, porque não tem uma família que não tem um carinho muito grande por ela. O povo pensa assim. (HORTÊNCIA, 2016)

O cuidado com as pessoas enfermas e ajudar as mulheres na hora do parto não foram as únicas formas de cuidado, pois, Irmã Dagmar, junto com as outras irmãs, realizaram, durante todos estes 40 anos que moram neste município, um trabalho pastoral, a partir da educação popular, junto às pessoas da região de Acorizal-MT.

> Irmã Dagmar me deu orientação familiar, para mim e para minha família. Ela já passou noites e noites comigo operada, neste quartinho, em uma cama de solteiro. Ela largava de tudo e amanhecia assim, ao meu lado, na cama. A cirurgia não sarava e ela então fez muito chá e cuidava de mim. (GIRASSOL, 2016)

Irmã Dagmar enfatiza que o oficio de partejar tem uma ralação muito próxima com a religiosidade, ela afirma que o profissional médico coloca toda a sua fé em seu conhecimento, em sua tecnologia, que ele tem à sua disposição, mas o que sustentava ela era mesmo a sua fé.

> Realmente, eu só entrei mesmo nesta porque acreditava que Deus estava ali, presente. Eu tinha muitas e via a presença de Deus. Muitas vezes eu via assim, Deus muito presente e eu gritava por MARIA, você que foi mãe vem aqui me ajudar, porque eu tinha certeza que nestes partos mais difíceis tinha Deus presente, por que se não fosse por Deus, muitas coisas teria acontecido de ruim. Eu falava para Deus assim: Eu tenho um compromisso com você, assim você nunca vai deixar morrer uma mulher em minhas mãos e não morreu mais, isso aí eu tinha uma promessa com Ele, tem que ter esta promessa comigo, não deixa morrer nem uma mulher comigo. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Ela enfatiza que o cuidado das pessoas, bem como ofício de partejar faz parte do trabalho pastoral como uma opção de vida.

> Então eu queria cuidar realmente da vida, eu queria poder estar, dá banho no doente, cuidar do doente, fazer o pacto. Deus mostrou. Eu pensava assim: faz parte de minha vida... Quando as pessoas batiam em minha porta eu levantava e ia feliz. Depois, eu senti muita falta disto, hoje ainda sinto falta. Eu agradeço de ter feito tudo, mas parece que ainda tenho muita força que podia dar, entendeu? Se chamar eu vou tranquila. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

Irmã Dagmar se sente realizada, sente que já cumpriu sua missão, que era de morar em um lugar onde pudesse cuidar dos empobrecidos.

> E realmente parece que hoje não é mais o que a gente viveu aqui, vivemos intensamente não só eu, mas toda a comunidade a gente viveu intensamente e tinha este carisma de São Vicente de estar realmente no lugar pobre e no meio dos pobres, nós também queríamos conviver muito, né? Tanto que quando nos viemos para cá, o padre tinha construído uma casa grande, casa de material e na cidade não tinha casa de material e nós logo optamos para vir para uma casa bem simples, bem no meio do povo, que era uma casa de pau a pique e que nos aproximava muito mais do povo, do dia a dia e aqui moramos até hoje, agora já com outras condições da nossa casa. Agora o povo também já tem condições, né? Mas, naquele tempo, era isso mesmo que eu queria, agora se hoje eu tivesse que escolher, eu já queria ir para outro lugar, não sei se as condições de saúde, de outras coisas a mais, se realmente o que a gente vive, o carisma, aquilo que São Vicente queria e com o que era parecido, com aqui, no tempo que chegamos aqui há 40 anos que realmente era o lugar da vida. (IRMÃ DAGMAR, 2016).

O reconhecimento da importância da Irmã Dagmar, na percepção da Dona Hortência, ela relata em dois momentos.

> Quando irmã Dagmar ficou muito doente e deixou Acorizal, tudo muito triste, era só gente perguntando: “como ela está”? “quando ela vai voltar?” Quando voltou todo mundo queria ir visitar. (HORTÊNCIA, 2016)

> “O povo todo de Acorizal se mobilizou daqui, quando um médico fez um erro e jogou a culpa na Dag. fomos saber a verdade e a mulher. Trabalhamos à noite inteira para tirar o médico. Trabalhamos na igreja, no sindicato até aqui em casa, fazendo cartaz, conversando e pensando quem ia falar para o prefeito. Quando amanheceu fomos prá rua, acho que não tinha uma pessoa em casa e então a Dag, assustou e outras irmãs também. Naquele dia mesmo o prefeito mandou o médico embora. O povo não permitiu que o médico entrasse na cidade e então ele foi embora”. (HORTÊNCIA, 2016)

Dona Orquídea também relata a manifestação do povo para tirar o médico e não deixar Irmã Dagmar ir embora de Acorizal.

> Fizemos até uma manifestação com latas, criança e todo mundo e o médico foi embora. (ORQUÍDEA, 2016)

Podemos observar nestes relatos o carrinho e a importância que a Irmã Dagmar representa para a comunidade de Acorizal. Ela não foi só uma parteira, mas é reconhecida como a grande cuidadora, com seus cuidados e presença na vida desta comunidade.

CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

"O segredo é não correr atrás das borboletas...

*É **cuidar** do jardim para que elas venham até você".*
Mário Quintana.

Dessa maneira, compreendo que o cuidado, seja ele individual ou coletivo, seja micro ou macro, impulsiona o ser humano à capacidade ética e reflexiva, de concretização de presença no mundo e com o mundo, formado num contexto histórico-social e cultural. A perspectiva ética do cuidado decorrente nas relações das pessoas apresenta as condições de construir e reconstruir sentido mais dialógico, afetivo, acolhedor e humanizado.

Mediante o desvelar ontológico dos sentidos do cuidado com a vida, alicerçado nos preceitos fenomenológicos Merleau-Pontyano e das reflexões sobre o cuidado, baseadas nos apontamentos de Leonardo Boff (1999, 2012), bem como a minha experiência acadêmica, de assistente social, e de educadora popular, revigoro ainda mais meu compromisso de lutar pela humanização na saúde, pela educação popular e pelo reconhecimento cultural-social-histórico das mulheres parteiras, que pelo Brasil afora ainda insistem em cuidar para que a vida venha de forma humanizada, especialmente para as mulheres que moram na zona rural e nas regiões ribeirinhas, de difícil acesso, particularmente nas comunidades indígenas e quilombolas, onde a única opção para a mulher é o parto domiciliar, assistido pela parteira.

Parto do pressuposto que este estudo estimulará novas pesquisas sobre o ofício de partejar, que poderão contribuir nos estudos sobre cuidado, como também ajudará a formular novas diretrizes para o cuidado da mulher no processo de gestar, parir e maternar. Contribuirá também no fortalecimento da Educação Popular em Saúde, como proposta pedagógica, numa perspectiva emancipatória e responsável, relevantes para aqueles que trabalham na saúde, como a valorização do olhar para as diferentes formas de cuidar.

Mergulhada na compreensão do cuidado, junto às parteiras, é um grande desafio, pois ainda que muitos conhecimentos estejam colocados, temos dificuldade de reconhecê-los, porém considero que os objetivos de compreender saberes e práticas das parteiras no cuidar da mulher durante o processo de gestar e parir em domicílio, sua relação com o cuidado em

saúde, bem como, de fazer o registro histórico a partir de narrativas de uma parteira que reside no município de Acorizal-MT, foram atingidos.

Para realização deste estudo, a história oral de vida, como caminho escolhido, ofereceu valiosas contribuições na possibilidade de compreender o significado de cuidar da mulher no parto, sua relação com o cuidado em saúde e humanização, pois os dados externalizaram a história, vida de uma parteira em seu cotidiano no oficio de partejar.

A História Oral de Vida narrada pela Irmã Dagmar e pelas mães que por ela foram cuidadas, no processo de parir, viabilizou a realização desta pesquisa, numa abordagem qualitativa, e que permitiu a essa parteira a oportunidade e a liberdade para contar sua própria história, suas experiências, utilizando seu universo de símbolos e significados. Assim, compreender a experiência de cuidar, durante o processo de nascimento, significa reaproximar-se da possibilidade de realizar ações de saúde que compõem o processo de cuidar.

Compreendi a partir das narrativas a ressignificação do ofício de partejar, por meio da ação de registrar a memória da Ir. Dagmar – sua história e suas experiências – restituindo-lhes o lugar e os sentidos de seus saberes, no processo histórico de Acorizal. Também foi possível compreender novas categorias relacionadas ao mundo das mulheres que partejam, como a questão do carisma, da humanização do parto e do cuidado com a vida.

Nesta trajetória, procurei inicialmente imergir nas leituras, permitindo de forma profunda através das leituras fenomenológicas de Merleau-Ponty (1990, 1999, 2006, 2012) Resende (1990), Maria Aparecida Bicudo (2011) e as leituras de Leonardo Boff (1999, 2012) Roseni Pinheiro(2005), Vasconcelos(1997, 1998, 2004, 2006, 2008) e Paulo Freire (1987, 2013). Esses subsídios importantes contribuíram para contextualizar o fenômeno, de forma que as questões sobre o cuidado, cuidado em saúde, humanização e parto humanizado foram se descortinando para mim. Assim, ao refletir sobre o cuidado, apesar de complexa e abrangente, me permitiu visualizar o ser humano em uma forma mais completa, integralizadora e, considerando suas bases ontológico-existenciais, como um ser único e singular. Por outro lado, sua compreensão e sua adoção, remetem a uma disponibilidade e sensibilidade e que, por si só, conduz a uma inevitável mudança de postura.

O cuidado torna-se um exercício; é a prática de nossa humanidade. O cuidado é o que a Irmã Dagmar acrescentou em suas ações, desencadeando o processo de cuidar - que é

revestido de um conhecimento próprio, de sensibilidade, intuição e de valores e princípios, como ela mesma enfatiza. Nesse sentido o cuidado é uma expressão de nossa humanidade; ele é essencial para nosso desenvolvimento e realização como seres humanos.

O convívio com o cenário do estudo, a partir da abordagem fenomenológica, veio de encontro com os meus anseios na busca de valorizar a história de vida, o cotidiano do ofício de partejar de uma mulher, que com carisma se colocou para cuidar das pessoas em um município onde a população é bastante empobrecida. Esta proposta metodológica criou possibilidades de jogar à luz a vida, o ser-no-mundo, suas escolhas, seus compromissos. Levou-me também a perceber a capacidade reflexiva a dialogicidade dessa mulher parteira e cuidadora.

Compreender e discutir a historicidade dessa mulher tornou-se indispensável à compreensão histórica do seu cotidiano, contextualizando o mundo vivido, o retorno às coisas mesmas, e reviver a experiência reflexiva do mundo vivido, sua trajetória de vida, ora vivida positivamente, ora vivenciada negativamente. No entanto, Paulo Freire entende que — desde o primeiro momento de sua constituição, ao objetivar seu mundo originário, já é virtualmente reflexiva (FREIRE, 2013, p.19).

Nesta pesquisa, a partir das narrativas foi possível compreender o *ser-no-mundo,* as práticas de cuidado com a vida, visibilizando a vivência em um cotidiano, agravando ainda mais a valorização da importância da relação e do convívio. A conscientização parte do encontro com o outro e com mundo, mundo este, histórico, social. Dessa forma, fico à vontade em parafrasear Boff (2012), — É o *cuidado* que enlaça todas as coisas; é o *cuidado* que traz o céu para dentro da terra e coloca a terra dentro do céu; é o *cuidado* que fornece o elo de passagem da transcendência para a imanência, da imanência para a transcendência e da história para a utopia. É o *cuidado* que confere força para buscar a paz no meio dos conflitos de toda a ordem. Sem o *cuidado,* que resgata a dignidade da humanidade condenada à exclusão, não se inaugurará um novo paradigma de convivência.

Dessa maneira, compreendo que o cuidado, seja ele individual ou coletivo, micro ou macro, impulsiona o ser humano à capacidade ética e reflexiva, de concretização de presença no mundo e com o mundo, formado num contexto histórico-social e cultural. A perspectiva ética do cuidado presente no ser humano apresenta as condições de construir e reconstruir sentido mais dialógico, afetivo, acolhedor e humanizado.

Mediante o desvelar ontológico dos sentidos do cuidado com a vida, alicerçado nos preceitos fenomenológicos Merleau-Pontyano e das reflexões sobre o cuidado baseadas nos apontamentos de Leonardo Boff, bem como a minha experiência como educadora popular, revigoro ainda mais meu compromisso de lutar pela humanização na saúde, pela educação popular e pelo reconhecimento cultural-social-histórico das mulheres parteira, que pelo Brasil afora ainda insistem em cuidar, para que a vida venha de forma humanizada, no aconchego das famílias.

Foi possível observar que as ações de cuidado desenvolvidas pela Irmã Dagmar marcam a contradição com o modelo hegemônico de saúde, biomédico e hospitalocêntrico. Este modelo privilegia a doença e está centrado na medicalização e na intervenção que penaliza as mulheres, com o uso de tecnologias não adequadas ao processo de cuidado, ferindo o seu direito de escolha garantido pela política de humanização desenvolvida pelo Ministério da Saúde.

Concluo que o legado deste estudo estimulará novas pesquisas de estudos sobre o ofício de partejar. Sendo assim, este estudo, além de ter trazido a questão do cuidado da humanização e dos saberes e experiência da parteira de Acorizal-MT, trouxe também implicações relevantes para aqueles que trabalham na saúde, como a valorização do olhar para as diferentes formas de cuidar. Anelou-me ainda mais a vontade de vivenciar a essência do trabalho em saúde, ou seja, o respeito à vida, à dignidade e aos direitos da pessoa humana, considerando que é o *cuidado* que permite a revolução da ternura, ao tornar prioritário o social sobre o individual e ao orientar o desenvolvimento para a melhoria da qualidade de vida dos humanos e de outros organismos vivos. O *cuidado* faz surgir o ser humano complexo, sensível, solidário, cordial, conectado com tudo e com todos no universo.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

BARROSO, I. C. **Saberes e Prática das Parteiras Tradicionais do Amapá: Histórias e Memórias**. UNICAMP, CAMPINAS/SP, 2001.

BAUMAN, Zigmunt. **Comunidade: a Busca por Segurança no Mundo Atual**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

BICUDO, M.A.V. **Pesquisa Qualitativa:** Segundo a visão Fenomenológica. São Paulo: Ed. Cortez, 2011.

BOFF, Leonardo. **O cuidado necessário:** na vida, na saúde, na educação, na ética e na espiritualidade. Petrópolis, RJ: Vozes. 2012.

_____. **Igreja: Carisma e Poder**. Editora Ática S.A. 1994

_____. **Saber cuidar:** ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Educação Popular em Saúde:** Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de educação popular e saúde**, 2005, p.40.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, PORTARIA No- 2.761, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013 Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de Saúde no Brasil: **participação cidadã e controle Social**

DUPOND, P. **Vocabulário de Merleau-Ponty.** São Paulo: Editora Martins Fontes, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** Saberes necessários a prática educativa. Rio de Janeiro, 2013.

_____. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Editora Paz & Terra, 1987.

FERREIRA ABH. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4a ed. Curitiba: Positivo; 2009

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2008

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **Estatísticas do Registro Civil 2007,** v. 34, p.1- 178, 2007

HEIDEGGER M. **Ser e tempo**. 8a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1995 e 2001.

MARTINS J., BICUDO M.A. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes,1989.

MARTINS J. **Um enfoque fenomenológico do currículo: a educação como poíesis**. São Paulo: Cortez,1992.

MATO GROSSO. **Historia de Acorizal**. Cuiabá. Disponível em (www.mteseusmunicípios.com.br) acessado em 07/10/2014.

MELO, V.H. **O processo histórico de assistência ao parto e a marginalização feminina.** Belo Horizonte: Núcleo de Estudos e Pesquisas Sobre a Mulher, UFMG, p. 9-36. 1978.

MEIHY, JCSB. **Manual de História Oral**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

_____ **Historia Oral: como fazer, como pensar –** 2. Ed., 4ª reimpressão – São Paulo: Contexto, 2015.

MERLEAU-PONTY, M. **A prosa do Mundo.** Tradução Paulo Neves. 1 ed. São Paulo: Ed.Cosac Naify, 2012.

_____. **A natureza.** Tradução de Álvaro Cabral. 2 ed. São Paulo: Ed.Martins Fontes, 2006.

_____. **Fenomenologia da Percepção.** 2 ed. São Paulo: Ed.Martins Fontes, 1999.

_____. **Na Sorbone:** Resumo de Cursos Filosofia e Linguagem. Campinas: Ed. Papirus,1990.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOREIRA**,** D.A**. O Método Fenológico na Pesquisa.** 1 reimp. da 1. Ed. de 2002. São Paulo.

Nascimento KC, Santos EKA, Erdmann AL, Júnior HJN, Carvalho JN Experiência de cuidado das parteiras de Envira Esc Anna Nery Ver. Enferm. 2009 abr-jun; 13 (2): 319-27 http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a12.pdf

OLIVEIRA ME, ZAMPIERI MFM, BRÜGGEMANN OM. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura; 2001.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3.ed. Hucitec/IMS/UERJ-ABRASCO. 2005

PINTO, Benedita Celeste de Moraes. Vivências cotidianas de parteiras e 'Experientes' do Tocantins. **Rev. Estud. Fem.,** Florianópolis, v. 10, n. 2, 2002.

PESSINI L, BERTACHINI L, Organizadores. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola; 2004.

REZENDE, A.M. **Concepção Fenomenológica da Educação.** Coleção Polêmicas do Nosso Tempo; V.38. São Paulo: Ed. Cortez, 1990.

STOTZ; DAVID; WONG-UN Educação popular e saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social - Revista APS, v.8, n.1, p. 49-60, jan./jun. 2005

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias.** Cadernos de Saúde Pública. v. 14, sup. 2, p.39-57, 1998.

_____. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das Políticas de Saúde.** PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, v.14, n. 1, p.67-83, 2004.

_____. **A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde**. In: _____. (Org.). A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006

_____. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.