

As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas

Rônisson de Souza de Oliveira^{1 2}

> ronisson57@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-8743-0449

Nelissa Peralta³

> nelissa2013peralta@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1976-7389

Marília de Jesus Silva e Sousa^{2 4}

> mariliasousa2006@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9408-0288

¹ Universidade Estadual de Campinas – Unicamp
Campinas, Brasil

² Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá
– IDSM
Tefé, Brasil

³ Universidade Federal do Pará – UFPA
Belém, Brasil

⁴ Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em
Ciências Humanas –
PPGICH/UEA
Tefé, Brasil

Resumo: Em comunidades rurais da Amazônia o saber partejar faz parte do domínio de algumas mulheres. No entanto, a ampliação do acesso à Saúde Pública aumentou a medicalização do parto, o que *ressignifica* o papel das parteiras. Este trabalho discute o papel das parteiras nesse contexto, as práticas e as técnicas tradicionais em uma região do Amazonas. O aprendizado do partejar acontece na adolescência e na juventude, as jovens são *iniciadas* no ofício *acompanhando* as parteiras *mais velhas*. Constatamos também que as parteiras exercem importante papel na decisão sobre o encaminhamento das mulheres para o parto nos hospitais das cidades, além do acompanhamento durante a gravidez, às vezes parto e puerpério. Dessa forma, continuam fazendo parte da rede de pessoas que se dedicam aos cuidados com o parto, na qual mais recentemente passaram a interagir práticas tradicionais e conhecimentos médico-científicos.

Palavras-chave: parteiras; conhecimento tradicional; medicalização; mulheres; Amazônia

Traditional midwives and medicalization of childbirth in a rural area of Amazonas

Abstract: In rural Amazonian communities, midwifery is still part of some women's knowledge. However, the expansion of access to the public health system has increased the medicalization of childbirth, which re-signified the role of midwives. This paper discusses the role of midwives in this context, their traditional practices and techniques. Midwifery learning happened in adolescence and youth, young women were initiated in the practice while accompanying older midwives. We also found that midwives play an important role in decision-making about referral of pregnant women to deliver their babies in city hospitals, in addition they also play an important role during pregnancy, and sometimes in the delivery and puerperium. Therefore, they continue to be part of the network of caregivers, where more recently there has been interaction between traditional practices and scientific medical knowledge.

Key words: midwives; traditional knowledge; medicalization; women; Amazonia

Las parteras y la medicalización del parto en la región rural de Amazonas

Resumen: En comunidades rurales de la Amazonía saber atender partos forma parte del dominio de algunas mujeres. Sin embargo, la ampliación del acceso a la Salud Pública en la Amazonia aumentó la medicalización del parto, lo que resignificó el papel de las parteras. Este trabajo discute la partería en ese contexto, sus prácticas y técnicas tradicionales en una región del Amazonas. El aprendizaje de la partería se produjo en la adolescencia y la juventud, las jóvenes se iniciaron en el oficio acompañando a las parteras más viejas. También constatamos que las parteras ejercen un importante papel en la decisión sobre el encaminhamiento de las mujeres para el parto en los hospitales de las ciudades, además del acompañamiento durante el embarazo, a veces parto y puerperio. De esta forma, continúan formando parte de la red de personas que se dedican a los cuidados con el parto, donde más recientemente pasaron a interactuar prácticas tradicionales y conocimientos médicos científicos.

Palabras clave: parteras; conocimiento tradicional; medicalización; mujer; Amazonia

As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas

Introdução

As parteiras chamadas tradicionais são mulheres que prestam assistência a parturientes antes, durante e após seus partos. Tal denominação foi institucionalizada nos documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), e é atribuída a parteiras índias, não índias e quilombolas que atuam na assistência ao parto domiciliar, com base em saberes e práticas tradicionais, tendo o reconhecimento da sua comunidade (Gusman et al., 2019).

As parteiras tradicionais têm papel essencial na saúde reprodutiva das mulheres, “são figuras fundamentais do cotidiano de várias regiões do Brasil e da América Latina, nas áreas rurais, ribeirinhas e indígenas, e também em periferias urbanas” (Tornquist, 2005: 62). Diferenciam-se de outras profissionais de assistência ao parto porque são detentoras de conhecimentos tradicionais sobre os corpos, fazem os trabalhos de assistência ao parto em processos que envolvem solidariedade, dom, parentesco, compadrio, afeto, responsabilidade.

O trabalho das parteiras tradicionais é especialmente importante em localidades mais distantes de centros urbanos e onde as redes de parentesco e reciprocidade ainda organizam as relações sociais. Neste trabalho temos como propósito apresentar aspectos da atividade de partejar entre as moradoras de uma Unidade de Conservação, no contexto de ampliação do processo de institucionalização e medicalização do parto.

Entendido principalmente como um processo de controle social em condições históricas e sociais específicas, o conceito de medicalização é por vezes criticado por sua generalidade (Zorzaneli, 2014), mas tornou-se um conceito importante nas ciências sociais a partir dos anos 70 (Zola, 1972; Illich, 1975). Na tradição crítica, medicalização é entendida como um processo que torna patológicas situações e comportamentos não médicos, e seu tratamento é objeto do saber médico especializado (Conrad, 1975). Análises históricas do partejar têm mostrado um panorama de paulatina apropriação masculina do parto (Cahill, 2001; Mott, 2002) e da posição e pouca importância dada à experiência das mulheres no sistema de atendimento ao parto, grosso modo, como um reflexo de sua posição social. Alguns autores afirmam, por outro lado, que a medicalização é um fenômeno que produz a própria condição moderna: “a medicina fez muito mais do que definir, diagnosticar e tratar doenças – ajudou a tornar-nos os tipos de criaturas vivas que nos tornamos no início do século XXI” (Rose, 2007: 702). Tra-

balhamos com o conceito de medicalização como um processo de sujeição de práticas de cuidado e saúde às práticas biomédicas e institucionalizadas.

Partimos da hipótese de que, embora um processo de medicalização do parto esteja em curso na região estudada, as parteiras não perderam seu papel, mas este tem sido ressignificado. “Ao longo da história a importância e as atribuições das parteiras foram variando no tempo e na sociedade onde exerceram suas funções” (Mott, 2005: 117).

Percebemos as parteiras como uma das principais agentes dentro do sistema de saúde rural, porém é importante destacar as disputas nesses processos de assistência ao parto. Embora “tais práticas tenham sua eficácia reconhecida pelas comunidades tradicionais, sofrem recorrente desqualificação no âmbito dos discursos e das práticas médicas” (Silva, 2005: 85). O trabalho das parteiras está associado historicamente aos conflitos resultantes do processo de medicalização do parto. Mott (2005) afirma que parte da literatura médica no século XIX já associava falta de qualidade, ignorância e conservadorismo à atuação das parteiras. “No Brasil, até o século XIX, o parto que acontecia no âmbito doméstico passou a ser um assunto médico e, como tal, alvo de processos de normatização, registro e de formação marcados pela crescente hospitalização” (Tornquist, 2005: 63).

A total medicalização da gravidez e do parto encontra empecilhos nas áreas rurais do interior da Amazônia, onde o Sistema Único de Saúde não consegue prover o acesso universal. As parteiras fazem o atendimento e são fonte de conforto para as grávidas, fazendo-se presentes e atuantes no cotidiano. Isto lhes assegura legitimidade e referência na atuação da saúde das mulheres ribeirinhas, conquistadas na prática (Silva, 2005).

Diante dessa problemática, o presente artigo analisa a atuação das parteiras em comunidades rurais de uma Reserva Extrativista do Amazonas, descrevendo seus papéis na atualidade, como produzem e reproduzem suas práticas e como se dá a interação entre saberes científicos e tradicionais. Trabalhamos com a literatura antropológica que trata de aprendizagem, técnicas de corpo e conhecimentos tradicionais, fazendo uma conexão direta com o papel das “práticas tradicionais” no sistema moderno de atendimento à saúde reprodutiva.

Metodologia

A pesquisa foi realizada na Reserva Extrativista Auati-Paraná,¹ localizada na região do médio rio Solimões, estado do Amazonas, Brasil. Para o estudo, realizamos cinco entrevistas com parteiras locais, no período de 06 a 20 de abril de

¹ Criada por Decreto presidencial em 07 de agosto de 2001.

2015.² As parteiras são moradoras das comunidades de Miriti, Vencedor, Curimatá de Baixo, Luís, Cordeiro e São Luís. Ao todo são 16 comunidades que se encontram na delimitação desta Resex. As populações que habitam a região e buscam o reconhecimento como indígenas são da etnia Cocama (Silva, 2015).

O histórico de ocupação mais recente data de meados do século XIX: “a migração para a região se estendeu até meados do século XX, com a chegada de famílias oriundas do nordeste, outras regiões do estado do Amazonas e de localidades amazônicas de outros países como o Peru” (Plano de Manejo, 2011: 27). As comunidades estão concentradas na margem esquerda do rio, onde foram estabelecidos os limites da Resex Auati-Paraná. O lado direito é área da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá – RDSM. A figura a seguir mostra os limites da Resex.

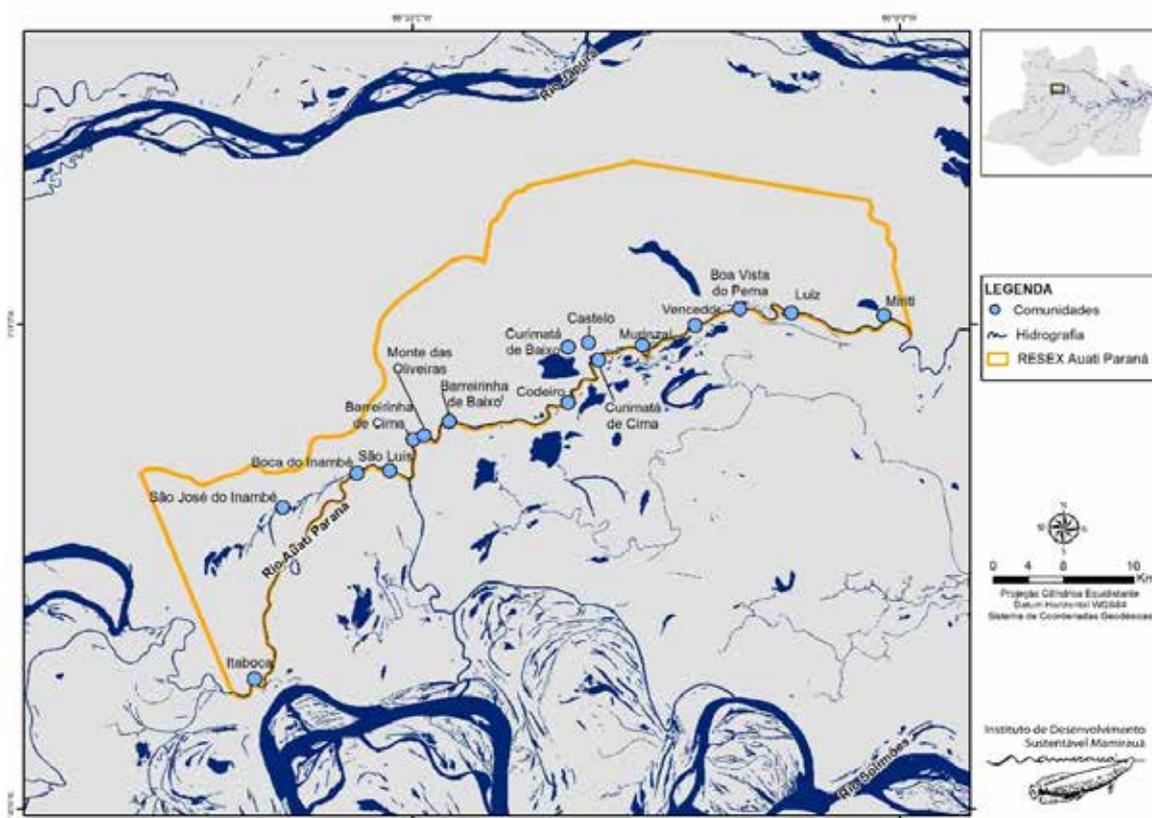


Figura 01: área da Resex, e as comunidades que se encontram em seu interior

A área foi demarcada com 146.950,82 hectares (Pereira, 2017) ao longo do rio Auati-Paraná. A maioria das comunidades se encontra distribuída na margem do rio principal.

² A pesquisa integrou projeto intitulado “Perfil socioeconômico da população das Resex Auati-Paraná” do Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (IDSMM). O projeto está inscrito no Sistema de Autorização e Informação em Biodiversidade (SISBIO) com o número 47155-1.

A produção familiar nas comunidades no início de século XX era basicamente proveniente da agricultura e da extração da borracha. Atualmente, ainda prevalece a agricultura e a pesca. Outras fontes importantes de rendimentos monetários são os programas de transferência de renda e aposentadorias (Chacon et al., 2016). O modo de vida nessas comunidades é marcado pela sazonalidade dos rios, que influencia o calendário de produção agrícola, as atividades de pesca e demais atividades econômicas. As comunidades estabelecem redes de interações com as cidades de Fonte Boa, Japurá e Maraã, sendo elas mais intensas com a primeira.

As mulheres parteiras entrevistadas têm idade entre 55 e 77 anos e ainda realizam partos. Uma delas afirmou que já “pegou” mais de 100 crianças e continua atuando. Além de parteiras, são trabalhadoras rurais, mães e donas de casa e casadas, sendo apenas uma viúva. Com pouco grau de instrução formal, somente D. Socorro³ tem ensino fundamental completo.

Parteiras têm prestígio social em seus territórios e são facilmente identificadas quando “procuradas”. Como não há parteiras em todas as comunidades, elas circulam de acordo com as necessidades das grávidas, tornam-se conhecidas em toda a área e para além da Resex. A partir de nossa busca, os moradores locais indicaram onde moravam. Fomos guiados pelas “orientações” dos moradores e, desse modo, encontramos as parteiras e realizamos as entrevistas.

As entrevistas foram não diretivas e ocorreram após a explanação dos seus objetivos e do consentimento da gravação em áudio. As parteiras decidiram o local da entrevista, quase todas tendo sido feitas nas suas casas, em alguns casos, na presença do companheiro, de filhos ou outros parentes, que nada falavam a não ser quando questionados pelas próprias parteiras para a lembrança de nomes de plantas, de pessoas e datas.

No decorrer da entrevista cada parteira teve uma forma subjetiva de abordar suas práticas, não houve uma linearidade nos acontecimentos narrados, falaram de suas vidas, relações familiares, trabalhos cotidianos, crenças e a relação com a prática de partejar. Geralmente narravam um parto mais marcado na memória, seja por algum contratempo com a grávida ou com o bebê, mas com desfecho favorável. Falam com entusiasmo do fato de *ninguém ter morrido nas mãos delas*.

O cotidiano dessas mulheres é marcado por seus afazeres comuns da vida rural: trabalho em roça, fabricação de farinha, preparação da comida, lavagem de roupas e vasilhas, cuidado de pequenos animais, de plantas medicinais (usadas

³ Optamos por nomes fictícios para preservar a identidade.

também para os momentos de parto) etc., mas estão sempre dispostas a atender a uma mulher grávida, em qualquer momento e circunstância.

O ofício de parteira extrapola a prática do parto também nas relações sociais, pois no cotidiano novos laços de compadrio e reciprocidade são estabelecidos: as crianças passam a pedir a bênção da parteira e as mães passam a chamá-la de comadre. As trocas de afeto, em função desse processo, também são destacadas como um bem gerado pelo ofício.

O "nascimento" como parteiras

Podemos dizer, em alusão à célebre frase de Simone de Beauvoir (1967), *não se nasce parteira, torna-se parteira*, que isto a princípio não é como as próprias parteiras qualifiquem suas habilidades. Para elas, a habilidade de partejar seria um *dom* dado por Deus. Sendo um presente, uma dádiva ou dom (Mauss, 2003), a prática faz parte do regime de reciprocidade que rege as relações sociais entre as populações tradicionais na região. Como nesse sistema social “ninguém é livre para recusar um presente oferecido” (Mauss, 2003), o dom de partejar é aceito. O dom de *pegar criança* não emanaria de sua individualidade psíquico-cognitiva, mas seria “enviado por Deus”. Assim, estão sempre atentas aos seus comportamentos e aos ensinamentos divinos. Para Tornquist (2005: 71), “as parteiras populares e/ou camponesas estão profundamente ligadas à religiosidade popular e o parto é um evento a um só tempo corporal, familiar, sexual e religioso”.

O dom integra o regime de trocas no qual circulam saberes, presentes e contrapresentes (Mauss, 2003). O circuito se inicia com as parturientes mandando chamar as parteiras *de confiança* para assisti-las durante o parto: “elas vêm comigo, eu não vou atrás, elas que vêm” (D. Edna, 2015). A atuação das parteiras é uma demanda da coletividade, seu valor social é muito importante: as parturientes procuram as parteiras porque têm confiança, acreditam nas suas habilidades, já que são reconhecidas na região. Essas relações de confiança e de reciprocidade são construídas e estabelecidas no cotidiano. A confiança no saber das parteiras lhes imputa a legitimidade de sua prática e o prestígio social. Em outros termos, as parteiras carregam um capital simbólico e social pautado no compartilhamento do cotidiano e nas práticas de cuidar.

Depois de realizado o parto, a parturiente ou sua família oferece presentes à parteira que, por sua vez, deve obrigatoriamente aceitá-los, diferentemente do que foi relatado por Fleischer em Melgaço (PA), onde os serviços das parteiras são contratados e remunerados e os termos do “contrato” em si podem ou não ser aceitos entre as partes. No Auati-Paraná as redes de reciprocidade ainda são fortes para

que os serviços das parteiras estejam integrados à rede de trocas locais, que no fundo são mecanismos de obrigação (Mauss, 2003). As dádivas não são realmente livres e desinteressadas, mas contraprestações feitas com o objetivo não apenas de pagar serviços e coisas, mas também de manter uma aliança proveitosa e que não deve ser recusada (Mauss, 2003).

Uma das parteiras entrevistadas nos relatou esta característica normativa da dádiva da seguinte forma: “eu nunca cobrei, um dia, quando quiserem me dar um presente, eu recebo de coração, porque se o senhor fizer um benefício para mim e eu lhe der uma coisa de coração, você tem que pegar, né? *A lei é essa*” (D. Edna, 2015).

Outra parteira explica que “Deus fazia curativo, curava cego, aleijado e nunca cobrou nada, e aí a gente também pode fazer assim” (Maria das Dores, 2015). Ao ser indagada sobre algo que impeça uma parteira de realizar um parto, a parteira entrevistada enfatiza:

Não tem não. A gente tem de ir, maninho, porque é duro a gente vir atrás de uma pessoa e a pessoa não ir, só porque tá com uma gripe, aí Deus não gostou. Eu posso estar com fome, eu posso não estar, mas vindo me buscar a qualquer hora, eu vou. Precisou de mim, eu vou, mesmo quando eu tenho trabalho pra fazer, eu digo: eu não faço hoje, mas amanhã eu faço [o trabalho] (Maria das Dores, 2015).

Aspectos do dom, solidariedade e fé estão presentes nesta afirmação. As parteiras afirmam que não podem negar um pedido de ajuda de uma mulher em trabalho de parto, têm que estar disponíveis, e todos os trabalhos devem ser dispensados. Uma ocupação rotineira não pode impedir seu deslocamento. As parteiras compreendem o ofício como um dom. Portanto, obstáculos de diferentes ordens devem ser superados, uma vez que as vidas da parturiente e de seu bebê demandam cuidados especiais.

O dom recebido de Deus requer também o acesso a conhecimentos do corpo por meio da prática do partejar. As mulheres aperfeiçoam esse conhecimento sobre o corpo feminino por meio da circulação das *meninotas* iniciantes entre parteiras mais velhas. As parteiras experientes geralmente são as tias, avós, mães ou comadres das neófitas e sua iniciação se dá aos poucos, desde a adolescência, quando se envolvem com os trabalhos de *ajuda* às parteiras.

As cinco parteiras entrevistadas têm histórias distintas, mas a primeira assistência ao parto aconteceu antes dos 20 anos. Mas já atuavam de alguma forma neles. Para algumas, seu próprio parto, geralmente realizado com parteiras, serviu como aprendizagem.

Elas têm como referência sempre outra parteira especialista, mulheres que fizeram parte de suas vidas nas primeiras atribuições de parto: “eu sempre acompa-

nhei a minha sogra e a minha mãe, [mas] só fazia mesmo era ajudar [nos partos]” (D. Edna, 2015). Desse modo, são inseridas no contexto dos trabalhos de parto, observando, ouvindo e dando contribuições específicas. Com a parteira Amélia, as conversas sobre como fazer um parto também fizeram parte da aprendizagem: “foram me indicando como é, como que não é com a criança, como tem que assistir uma mulher e depois eu fui tendo aquela astúcia de *coisar* [partejar]” (D. Amélia, 2015).

Algumas parteiras são lembradas como referência, especialistas, e são chamadas de parteiras *de carta*. De acordo com Mott, no século XIX as *parteiras de carta* eram aquelas examinadas e avaliadas por cirurgiões, recebendo deles uma *carta* que as autorizava a praticar a arte de partear (Mott, 2005: 117-140). As pesquisas de Mott (2002, 2005) demonstram como a medicalização do ofício de partear é um processo histórico, com evidências de tentativas de seu controle disciplinar pelo saber “médico” desde o século XIX. Embora o exame nem exista mais, no léxico local perdurou a denominação da *parteira de carta*. Neste caso, tal qualificação demonstra um reconhecimento social, ainda superior ao das demais parteiras.

Atualmente, ser parteira *de carta* significa ser reconhecida como possuidora de inúmeras qualidades. Para a parteira Dona Amélia (2015), “ela [comadre Senhorinha] morava aí na boca do Curimatá. Ali era uma parteira de carta mesmo. Agora, eu não, eu aprendi com ela, né?”. Ao fazer referência à parteira com quem ela aprendeu o ofício, a entrevistada deixa claro que aquela era uma parteira de carta, e se coloca em uma escala inferior ao se equiparar a ela. As narrativas são marcadas por lembranças de atuações próximas, de convívio com outras parteiras.

A minha tia, eu não sei, mas eu acho que eu puxei para o lado dela. Ela era irmã do finado meu pai – ela era uma parteira de fé, de carta, que não deixava ninguém sofrer e morrer na mão dela. Basta dizer que vinham buscar ela aí do Tarará de Cima, do Solimões, vinham buscar ela para partear mulher, essa minha tia. Eu digo que eu puxei para o lado dela, porque ninguém me ensinou e todas que eu assisto com elas são válidas, não morre a criança (Maria das Dores, 2015).

O nascimento dessas mulheres como parteiras é marcado pelo envolvimento prático na aprendizagem, pois em seus meios de convivência familiar havia mulheres parteiras com as quais deram os primeiros passos, até quando tiveram que *assistir* sozinhas a um parto. No entanto, não podemos pensar em um *tornar-se* parteira demarcado, regular ou com um ponto inicial, pois a aprendizagem nesse contexto é dinâmica (Lave & Wenger, 1991). Ao analisarem a educação de par-

teiras de Yucatán, a partir do conceito de participação periférica legitimada, os autores concluem que

El aprendizaje-acción ocurre en el curso de la vida diaria y como una manera de vivirla. Puede que no se lo reconozca como un esfuerzo de enseñar. Una muchacha maya que podrá llegar a ser partera, posiblemente tenga una madre o abuela que lo son, ya que la partería va pasando por las líneas de la familia... las muchachas en estas familias absorben la esencia de la práctica de la partería, así como el conocimiento específico de numerosos procedimientos, simplemente en el proceso de crecer, sin identificarse como aprendices de parteras (Lave & Wenger, 1991: 21).

A aprendizagem ocorre na ação corriqueira dos sujeitos, “no decorrer das atividades ordinárias da vida cotidiana, onde a participação periférica legitimada acontece de modo difuso, em função do fato de se ser membro de uma comunidade” (Gomes, 2014: 11). No caso das parteiras, elas estão inseridas em um ambiente de aprendizagem sobre parto. Ao estarem próximas de outras parteiras, iniciam suas práticas de forma periférica para, em seguida, serem legitimadas. Logo, há uma circulação de saberes entre ação e observação de parteiras antigas e iniciantes, contextualizada pelo ambiente das vivências. Considerando também Ingold (2010: 07), “no crescimento do conhecimento humano, a contribuição que cada geração dá à seguinte não é um suprimento acumulado de representações, mas uma educação da atenção” que se dá pelo engajamento dos sujeitos no ambiente. O engajamento também é fundamental na reprodução do conhecimento, direciona os processos de habilidades e técnicas.

Saberes e técnicas tradicionais

Os saberes são reproduzidos na prática, cada parteira tem um modo subjetivo de aplicar os conhecimentos. Técnicas próprias de cortes de umbigo, formas de *en-direitar* a criança no ventre, colocar no lugar certo para nascer e como posicionar a mulher para o parto são questões integradas à prática e à cultura e variam ao longo do tempo (Mott, 2002; Mauss, 2003). No caso tratado aqui, essas práticas estão conectadas a técnicas, conhecimentos tradicionais, à religiosidade e à própria medicalização do parto, pois suas ações sofrem interferência com tal processo.

A conexão com Deus e com santos é o primeiro passo da prática do partejar. Apesar de se sentirem seguras no que fazem, as parteiras não podem prever o desfecho de um parto, pois “nem todo parto é igual, uns são *normal* [com posição fetal de cabeça para baixo], outros não” (Maria das Dores, 2015).

Não ser *normal* significa ser difícil, quando mulher e criança ficam em situação complicada na hora do parto: crianças *tortas* na barriga, que nasceram de pé, que demoram muito a nascer. Nessas situações, as mulheres se apegam sempre às entidades religiosas para realizar um bom parto, “eu me pego sempre com Deus” (Edna, 2015). Outras parteiras também destacaram as orações e a fé como parte das suas práticas:

Nossa Senhora do Bom Parto, senhor São Raimundo são os protetores das mulheres. Faço uma oração. Minha irmã estava aperreada, desesperada, aí eu botei a mão em cima da barriga dela e pedi aos meus santos milagrosos os poderes de Deus, foi rapidinho a minha irmã teve a criança (D. Socorro, 2015).

Eu faço [oração], né maninho!? Porque a gente vai, ninguém num sabe como é que a mulher vai passar, a gente faz um voto aí e a gente valida (D. Amélia, 2015).

As ligações com o mundo espiritual fazem parte do cotidiano das mulheres parteiras e impactam sua prática. As parteiras precisam estar prontas, ou seja, preparadas física e espiritualmente para *acompanhar* a mulher a qualquer momento. Orações, técnicas de imposição de mãos, benzimentos, entre outras, fazem parte do repertório de saberes das parteiras.

Há técnicas que incluem os saberes relacionados ao uso de plantas medicinais para impulsionar a dor de parto ou para fazer cessarem outras dores, manipulação do corpo do bebê no ventre (puxar), posições e recomendações de consciência corporal durante o parto para um bom desfecho. Nos primeiros meses de gravidez algumas parteiras já conseguem afirmar o sexo do bebê, identificam pelos movimentos, formas da barriga da mãe, enjoo ou *pegando* na barriga da grávida.

Para Mauss (1926, 2003), as técnicas de corpo variam de acordo com os aspectos culturais, o que para uma sociedade pode ser *normal* para outra pode não ser em relação ao parto, “à posição da parturiente, à recepção da criança, ao corte do cordão, aos cuidados dispensados à mãe etc.” (1926: 34), que mudam porque “as formas da obstetrícia são muito variáveis” (2003: 410).

O quadro 01 mostra algumas técnicas de assistência ao parto e puerpério catalogadas entre as parteiras da Resex Auati-Paraná.

Finalidades	Técnicas
Posicionar a criança adequadamente para o parto	Manipular o feto no ventre.
	Manipular o feto no ventre com a mãe dentro da água
	Amarrar com barbante a cintura da mãe e passar alho no lado para onde não se quer que o feto se posicione.
Acelerar as contrações	Oferecer chás de ervas caseiras (cominho, chá de barba).
	Bater nos joelhos três vezes.
Expulsão da placenta	Chá de folha de algodão.
Corte do umbigo	Sempre cortar após a expulsão da placenta.
	Amarrar com corda fina e queimar o umbigo com álcool.
	Direcionar o sangue do cordão para o corpo do bebê antes do corte.
Recomendações antes do parto	Não trabalhar muito: cortar o uso de machado e capinar de enxada.
Recomendações durante o puerpério	Para o homem: não pegar em flecha ou breu.
	Para as mulheres: não comer alimentos <i>reimosos</i> . <i>Comer peixes mansos</i> .

Fonte: dados de campo. Elaboração dos autores

As parteiras têm tempos e técnicas ao atuarem no nascimento de uma criança. Geralmente estão acompanhadas de outra pessoa, parenta ou o marido da parturiente. As técnicas podem ser observadas em diferentes momentos, tais como: a posição preferencial para a realização dos partos e o procedimento de corte do umbigo. Podemos afirmar que estes dois aspectos sofrem influência direta da percepção que as parteiras têm de corpo.

As posições do trabalho de parto geralmente são indicadas pelas parteiras por sua experiência, porém há conexão entre o nascimento e as habilidades da parteira, a posição tem que ser a melhor não só para a criança nascer, mas também para a mulher e a parteira: “eu gosto na *tábua [assoalho]* mesmo, porque no colchão a mulher não fica direito” (D. Laura, 2015). As técnicas do corpo são utilizadas para o bem-estar da mulher, para que sua coluna fique ereta e o parto não seja prejudicado. Para Maria das Dores, a parturiente deve ser amparada por trás (pelo marido ou “colega” da parteira que atua junto com ela) e ficar em posição quase sentada. As características estruturais do parto são as mesmas (posição melhor de

nascer, para a parteira, criança e mãe), no entanto, as técnicas para cada caso e cada mulher podem mudar.

Isto ocorre nas demais técnicas envolvidas no parto: cada parteira segue uma lógica estabelecida segundo seus contextos de aprendizagem, pois reproduzem, sem ser de forma automática, o que aprenderam desenvolvendo suas próprias técnicas a partir de sua experiência prática.

Os cortes de umbigo, por exemplo, são distintos: há uma variação de medida entre dois e quatro dedos, porém foram unânimes em destacar que o umbigo só pode ser cortado depois que a placenta sai, “porque no interior a gente não corta o *imbigo* antes que desocupe, [antes que a mulher] tenha a placenta da criança” (D. Socorro, 2015). Questão identificada também por Pinheiro (2013) nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. As parteiras *seguem uma regra* sobre essa etapa do parto, não cortar antes de a placenta sair envolve outras questões do cuidado:

Aí, terminado o parto, eu agasalho a criança encostada dela [mãe], aí sentamos ela no bacio para arriar a placenta da criança, para poder cortar o imbigo, porque aqui é assim. No hospital já cortam logo, né?! Aqui não! Aqui é assim: tira a criança e depois que arreja [desce] a placenta que corta, porque aqui nós chamamos de o resto da criança e só corta depois que desce, limpo, **passo um álcool no corpinho da criança, aí depois que corto o umbigo. Pesquisador: e por que não pode cortar antes?** Porque sai muito sangue, dizem, e a criança pode morrer botando sangue e também, se cortar antes, é arriscado a placenta ficar dentro da mulher, tem que esperar (D. Socorro, 2015).

Observamos que opera entre as parteiras uma noção de corpo diferente da médico-hospitalar. As parteiras consideram que a placenta faz parte do corpo da criança. Por isso, não podem cortar o cordão umbilical antes que ele naturalmente deixe de pulsar. Nessa narrativa, encontramos também uma crítica ao parto medicalizado em relação ao corte umbilical, pois, segundo a parteira, em hospitais não se espera a placenta sair, o umbigo é logo cortado. Segundo elas, o corte antes da *hora certa* pode acarretar complicações tanto para a parturiente como para a criança, sendo possível ocorrer um choro descontrolado da criança e até mesmo sua morte.

As parteiras praticam a *ciência do concreto* (Levi-Strauss, 2008), construída em uma circulação de saberes em determinado contexto e/ou ambiente (Lave & Wenger, 1991; Ingold, 2010). Podemos denominar tal conhecimento de tradicional (Carneiro da Cunha & Almeida, 2002, 2009), de cunho prático e aberto a diferentes protocolos de experimentação e que aplica técnicas, pois o ser humano também é um ser técnico (Mauss, 2003).

Parto e medicalização: encontros e desencontros entre sistemas de conhecimentos

Edna (2015) afirmou que “é contado às mulheres que têm *normal* as crianças” – o que expressa a forte inserção da medicalização do parto na vida das mulheres da Resex Auati-Paraná. No entanto, o acompanhamento no período da gravidez é ainda feito com as parteiras, que são requisitadas para dar sua opinião sobre o tipo de parto, pegar, puxar, ajeitar a criança, fazer algum remédio. Porém, não é possível a falta de integração com os diferentes atendimentos de saúde para a mulher grávida: “o cuidado com a saúde, mesmo o mais remoto e periférico, sempre se dará em algum nível de diálogo com a biomedicina ocidental” (Fleischer, 2013: 12). As mulheres estão inseridas em uma rede de atendimento durante a gravidez, no parto e no pós-parto, conforme o esquema apresentado a seguir.

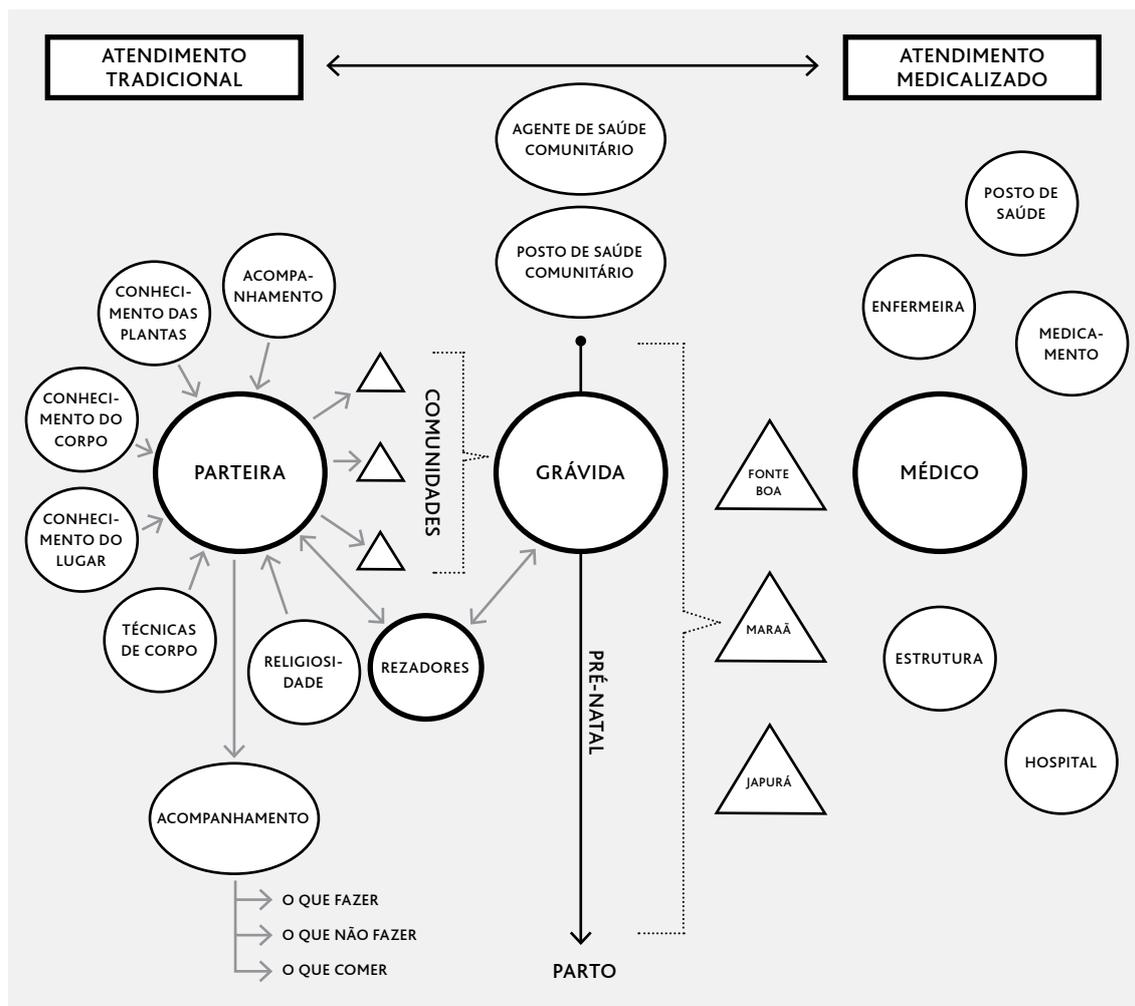


Figura 2: Esquema dos cuidados com a grávida na Resex Auati-Paraná
Fonte: Pesquisa de campo. Elaboração: J. Santos

No centro do esquema colocamos a mulher grávida (do pré-natal ao parto), na interação com dois tipos de atendimento, o tradicional e o medicalizado. Os tipos de atendimento podem ser vistos inicialmente como distintos, mas na atualidade trata-se de um sistema de assistência ao parto que integra diferentes regimes de conhecimento em distintos “territórios sociais” (Fleischer, 2011) – os espaços onde os partos são realizados, com variados atores e relações de poder. Em sua pesquisa na cidade de Melgaço (PA), Fleischer identificou que, diferente das expectativas dos movimentos pela desmedicalização do parto, o sistema local de atendimento ao parto integra os regimes biomédico e tradicional, com as parteiras mediando o movimento das parturientes nesses espaços.

A parteira é a figura central neste sistema, pois seus diversos tipos de conhecimento convergem em distintos momentos de atuação, antes, durante e após o parto, mantendo um acompanhamento direto nas comunidades representadas nos triângulos menores. A relação de confiança e de solidariedade estabelecida pelas redes de parentescos e compadrio nas comunidades rurais coloca as parteiras num lugar especial e central nessas conexões de cuidados com a saúde das parturientes. Elas vão até as grávidas, como observado por Silva (2005:1 17): “a parteira não se coloca como uma estranha, fora das relações afetivas e sociais nas quais aquela mulher está inserida. Ela é alguém com quem a parturiente divide um cotidiano de vida e cultura”.

A figura do rezador também aparece, como identificado por Calegare et al. (2013). As setas em cada ponta representam a duplicidade do papel, pois a parteira pode ser igualmente uma rezadora. Aliás, “a gama de serviços prestados pela parteira a faz ocupar diferentes lugares no contexto das relações comunitárias, além de parteira, pode ser: médica popular, benzedeira, conselheira” (Silva, 2005: 128).

Os atendimentos medicalizados são feitos por diversos agentes, com diferentes especialidades, mas principalmente médicos e enfermeiros, agentes que se concentram nos hospitais e postos de saúde da região urbana nas cidades de Fonte Boa, Maraã e Japurá,⁴ para onde as grávidas são encaminhadas.

Os agentes de saúde rurais também atuam no sistema de cuidados com as grávidas. Estão no centro do esquema devido à função de mediação que exercem entre o sistema tradicional e o medicalizado, com maior ênfase neste último. Segundo Calegare et al. (2013: 268), “por reivindicações da população local, em algumas comunidades há também postos de saúde, onde o agente de saúde comunitário pode atender aos que procuram auxílio. Nesses locais, há alguns remédios básicos, como analgésicos e anti-inflamatórios”. Mas existe apenas um posto de saúde rural na Resex Auati-Paraná na comunidade Vencedor (Pereira, 2017).

⁴ Cidades representadas pelos triângulos maiores do esquema acima.

Nas regiões distantes de postos de saúde e hospitais as parteiras continuam desempenhando o papel de cuidado com a mulher grávida e mesmo após o nascimento da criança. São as parteiras que atuam fazendo remédios caseiros, puxando a barriga, posicionando a criança no ventre da mãe, dando as recomendações para o resguardo. Ser parteira é ser referência em diversos cuidados, não sendo função que se limita somente ao parto. O trabalho é amplo, distribuído entre atividades variadas estabelecidas pelas necessidades geográficas e pelo reconhecimento que elas têm.

As parteiras continuam a desenvolver esses papéis, no entanto, as mulheres têm atualmente a “opção” de seus partos acontecerem nos hospitais. As parteiras de Auati-Paraná indicaram algumas mudanças no processo de assistência ao parto: a facilidade de locomoção na atualidade possibilitou às mulheres irem às cidades próximas em busca de atendimento médico, consultas de pré-natal ou mesmo do parto. As parteiras têm opiniões divergentes sobre a medicalização: algumas consideram importante haver essa possibilidade, outras são críticas e percebem como inadequadas algumas práticas médicas.

Observamos que as parteiras também desempenham no sistema de atendimento ao parto um papel de gestão de risco durante a gravidez e de diagnóstico sobre o tipo de parto adequado. No mês que antecede a data prevista para o parto, as mulheres consultam as parteiras para saber se poderão ter parto normal ou se precisarão de cesárea. É a parteira que deve, finalmente, “dar a decisão se é para ter normal ou não”. Caso as parteiras identifiquem que a parturiente tem condições de ter um parto normal, as mulheres podem permanecer na comunidade. Caso contrário, são encaminhadas pela própria parteira para procurar o auxílio médico no hospital da cidade mais próxima.

Essa avaliação da parteira geralmente envolve a posição da criança na barriga da mãe e a possibilidade de posicionar ou não a criança ainda no ventre. A escolha pelo parto hospitalar também envolve a realização do procedimento da laqueadura para mulheres que não desejam ter mais filhos. Embora a prática em conjunto com a cesariana seja proibida, ela é muitas vezes praticada nessa região.

O papel de mediar e influenciar na decisão sobre o “território social” onde ocorrerá o parto – se na casa, na unidade de saúde, ou no hospital – foi identificado por Fleischer (2011) e Cruz e Vieira (2015). Estes dois últimos relatam como essa decisão é tomada levando-se em consideração a pressão da parturiente e o histórico de complicações. Já no caso das parteiras de Melgaço, o encaminhamento ou não ao hospital se dá levando-se em consideração não apenas questões fisiológicas, mas também o contexto social e familiar das parturientes, com percepções diferentes da ideia de risco. Em Melgaço, para algumas mulheres, “é gravidez de risco porque não tem nem marido, nem emprego” (Fleischer, 2011: 222).

Aludindo à noção de perigo, uma das parteiras entrevistadas vê positivamente a escolha pelo parto hospitalar, pois o médico seria a pessoa adequada para fazer o parto em uma situação *de perigo*. Como afirma a antropóloga Mary Douglas (1996), a seleção do que se considera perigo e as estratégias para enfrentá-lo são construídas socialmente. Avaliações sobre risco seriam sempre políticas, morais, estéticas e construídas por meio de enquadramentos culturais (Di Giulio et al., 2015).

Outra interlocutora reflete sobre o parto hospitalizado com base na noção do perigo que há para a mulher, que fica no hospital submetida a uma outra lógica de gestão do risco, lógica esta que prioriza a saúde do bebê e não o bem-estar e a integridade corporal da mulher. Uma parteira crítica das práticas hospitalares em relação ao parto nos informou que “no hospital tudo é motivo para cortar a mulher”, mutilando seus corpos de forma desnecessária. Sobre a prática da episiotomia,⁵ a parteira fez severas críticas.

Nunca cortei nenhuma mulher. No hospital eles cortam e a mulher que é cortada fica toda alejada das partes [íntimas] dela, principalmente porque tem uns que cortam nem onde é para cortar, cortam é na pessoa mesmo, [...] uma gente tudo doida assim.

Quantos sabem ajeitar criança quando está torta? Porque em hospital criança não nasce [normal] se tiver torta, eles cortam a mulher para tirar. Sabem é de nada, esse negócio aí. Eles sabem bem é cortar, fazer uma operação, isso aí eles sabem. Por que eles sabem fazer isso? Porque eles já fizeram o curso deles (D. Socorro, 2015).

O papel das parteiras vem mudando, pois as ciências biomédicas exercem poder social, de certa forma invisibilizando ou desqualificando outros sistemas de conhecimentos. No caso das parteiras, apesar de toda a gama de conhecimentos que detêm, não são incomuns as críticas às suas práticas, bem como a difícil integração dos seus conhecimentos aos conhecimentos médicos científicos, pois suas práticas são ainda consideradas *menores* ou *inferiores* por agentes de saúde do Estado, sendo fundamentais, no entanto, para as mulheres.

E qual é o papel das parteiras nessa dinâmica de mudança? Propomos que as parteiras estejam reconfigurando seu papel como agentes de mediação. Entendemos mediação como prática social vinculatória de estruturas categoricamente diferenciadas, de distintas racionalidades, ou que sustentam diferentes lógicas, num

⁵ Incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto.

mesmo processo ou numa estrutura que permite chegar a um ordenamento sem sair completamente do anterior (Signates, 1998).

O parto hoje está inserido na dinâmica da ampliação do sistema de saúde medicalizada. Segundo uma parteira, “é bem pouca mulher que tem filho aqui no interior, só vão mais é para a cidade”. Silva (2005) identificou no Amapá “perda” de espaço do parto domiciliar. No entanto, a autora reconhece que existe uma resignificação da atuação das parteiras.

Parteiras da Resex Anti-Paraná não sentem seus trabalhos diminuídos, pelo contrário, para elas o parto medicalizado é uma possibilidade. Principalmente em casos de gravidez de risco, é importante que a grávida tenha atendimento com a ajuda de especialistas da biomedicina moderna, conforme nos disse D. Edna (2015).

Eu apalpo na barriga da mulher, se tiver torto, aparece, né!? Quando está torta, a cabeça da criança está ou para o lado direito ou para o esquerdo, qualquer um lado que a criança se cria, aí você pode apalpar no nascedor da criança, que vai ver que está vazio. O nascedor é bem no meio abaixo do umbigo. Aí eu vou e ajeito de um lado e de outro, até que eu consigo ajeitar, fica normal, parteja normal. Já os que não se endireitam [devem ir] para [a cidade de] Fonte Boa logo, que não tem condições ficar por aqui, porque dizem que é perigoso a pessoa botar pra endireitar as crianças que é demais enviesado no ventre da mãe. Pesquisador: então tem uns que a senhora não consegue endireitar? Não, tem uns que não consigo, pois é esses que eu mando logo para Fonte Boa, para ir com o médico. Quando está torto demais, dói para mãe.

A parteira consegue perceber se o parto vai ser *fácil* ou *difícil* pela posição da criança. Isto possibilita que a parteira oriente a grávida a ficar ou a ir para a cidade, caso considere que o parto deva ser acompanhado por médicos. Ao mesmo tempo, algumas também criticam certas práticas médicas do parto. A crítica é especialmente aos cortes e às cirurgias, pois se nas comunidades as parteiras tentam corrigir a posição das crianças no ventre, no hospital se recorre logo à cirurgia. Seguramente são formas de cuidados diferentes com corpos e partos, no entanto, D. Socorro considera desnecessários alguns casos cirúrgicos, como expressa neste exemplo.

Essa outra minha filha, que foi ter filho um dia desses para lá [sede do município], aí ligaram para cá dizendo que iam cortar ela para tirar a criança, porque já tinha passado do dia da criança nascer e tal. Digo: mas só eu, faltava só eu estar lá nesse hospital, maninho, eu digo a verdade, porque não tinha chegado a hora, como era que queriam cortar a mulher? E antes

de ela sair daqui, eu disse: minha filha, seu filho tá direitinho, eu já tinha pegado ajeitado bem, não tem por que [cortar], ela só foi porque o marido queria levar pra lá (D. Socorro, 2015).

Na interação entre as práticas tradicionais e os conhecimentos médicos científicos do parto existem convergências e divergências. A experiência da parteira e o acompanhamento da parturiente durante a gravidez, em muitos casos, possibilitam a prática de reposicionamento da criança no ventre para que o parto normal se realize. Porém, tal prática não é difundida entre os médicos, o que pode resultar em maior número de desfechos de cesáreas nos hospitais, com a justificativa da falta de *passagem* para o nascimento da criança ou pela posição do feto no ventre.

Considerações finais

As narrativas de como os partos são realizados demonstram um conjunto de saberes imbuídos na prática de *assistir uma mulher* a dar à luz a uma criança. Porém, partejar vai além de um momento específico, envolve todo o ciclo da gravidez – antes, durante e após o parto. As parteiras detêm um repertório de práticas de partejo, tais como: a posição da criança na barriga da gestante, as medidas e o tempo certo para o corte do cordão umbilical; dominam as técnicas corporais essenciais para realizar um parto seguro; têm conhecimentos sobre manipulação de remédios feitos a partir de plantas medicinais usadas para auxiliar no parto e no puerpério, bem como sobre as melhores formas para nascer. Suas práticas se desenvolvem através do envolvimento direto com o mundo feminino, iniciando-se com o acompanhamento de parteiras mais velhas e com o compartilhamento de conhecimentos minuciosos sobre os corpos de mulheres e de seus bebês durante o período da gravidez.

As práticas medicalizadas do parto são parte da realidade das mulheres ribeirinhas da Resex Auati-Paraná e as parteiras acompanham as mudanças ocorridas. Em relação a esta questão, muitas mulheres são indicadas pelas parteiras para ir para a cidade para terem seus filhos, ou então assim o preferem, porém os papéis das parteiras não foram diminuídos, pois o parto é um momento específico e o acompanhamento da grávida torna-se uma questão chave para um bom parto. As parteiras continuam desenvolvendo o acompanhamento das mulheres durante sua gravidez, com todas as suas habilidades técnicas e os seus conhecimentos tradicionais.

Concluimos que o papel das parteiras, embora *ressignificado*, ainda é fundamental para a saúde reprodutiva das mulheres em comunidades rurais. No contexto da medicalização do parto, a parteira assume também um papel de mediação, ideia esta ligada a um movimento entre territórios sociais com suas lógicas distin-

tas. O acompanhamento das parteiras, com suas habilidades, técnicas corporais, seus remédios caseiros e suas formas de ver, estar e atuar no mundo, ainda faz parte do cotidiano das mulheres. Assim, a interação entre os conhecimentos científicos e os tradicionais acontece mesmo quando invisibiliza as práticas e os conhecimentos das parteiras. Todavia, reconhecer essas outras práticas deve ser um caminho para o desenho de políticas públicas que sejam mais adequadas à realidade social das mulheres na Amazônia.

Enviado: 13/02/2019
Aceito para publicação: 21/09/2019

Referências bibliográficas

- BEAUVOIR, Simone de. 1967. *O segundo sexo: a experiência vivida*. 2ª ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro. 501 p.
- BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. 2011. Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade. *Plano de manejo participativo da reserva extrativista do Auatí-Paraná*. Brasília, DF: MMA.
- CAHILL, Heather. 2001. "Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis". *Journal of Advanced Nursing*. July 2001. Vol. 33, issue 3, p. 334-342.
- CALEGARE, Marcelo Gustavo Aguilar et al. 2013. "Acesso a bens e serviços sociais em UC: questão de cidadania e inclusão social". *Novos Cadernos NAEA*. Jun. 2013. Vol. 16, n. 1, p. 249-282.
- CARNEIRO DA CUNHA, Manuela & ALMEIDA, Mauro Barbosa de (eds.). 2002. *Enciclopédia da Floresta*. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras. 736 p.
- CARNEIRO DA CUNHA, Manuela (ed.). 2009. *Cultura com aspas e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naify. 432 p.
- CARVALHO, Sérgio Resende et al. 2015. "Medicalização: uma crítica (im)pertinente?". *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Out./dez. 2015. Vol. 25, n. 4, p. 1251-1269.
- CHACON, Juliana et al. 2016. "Perfil socioeconômico das famílias da Resex Auatí-Paraná, AM". In: LENZ, Ana Júlia & FERREIRA, Mariana Terrôla M. (eds.). *Simpósio sobre Conservação e Manejo Participativo na Amazônia*. 13ª ed. Tefé, AM: IDSM/CNPq. 182 p.
- CONRAD, Peter. 1975. "The discovery of hyperkinesis: notes on the Medicalization of Deviant Behavior". *Social Problems*. Oct. 1975. Vol. 23, n. 1, p. 12-21.
- CRUZ, Carmem Helena Carvalho & VIEIRA, Miriam Steffen. 2015. "As parteiras, o partear e a noção de pessoa em Ribeira da Barca, Cabo Verde". *Civitas*. Abr./jun. 2015. Vol. 15, n. 2, p. 40-58.
- DI GIULIO, Gabriela Marques et al. 2015. "Percepção de risco: um campo de interesse para a interface ambiente, saúde e sustentabilidade". *Saúde e Sociedade*. Out./dez. 2015. Vol. 24, n. 4, p. 1217-1231.
- DOUGLAS, Mary. 1996. *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós Ibérica. 163 p.
- FLEISCHER, Soraya. 2011. *Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará*. Belém: Paka-Tatu, Edunisc. 351 p.
- FLEISCHER, Soraya. 2013. "Saúde popular: Esforços etnográficos para definir o conceito". *Pós*. Primeiro semestre de 2013. Vol. 12, n. 1, p. 7-17.
- GOMES, Ana. 2014. "Um (possível) campo de pesquisa: aprender a cultura". In: TOSTA, Sandra Pereira & ROCHA, Gilmar (eds.). *Diálogos sem fronteiras: história, etnografia e educação em culturas ibero-americanas*. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 232 p.

- GUSMAN, Christine Ranier et al. 2019. “Paradoxos do programa de parteiras tradicionais no contexto das mulheres Krahô”. *Ciencia & Saúde Coletiva*. Jul. 2019. Vol. 24, n. 7, p. 2627-2636.
- ILLICH, Ivan. 1975. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 196 p.
- INGOLD, Tim. 2010. “Da transmissão de representações à educação da atenção”. *Educação*. Jan./abr. 2010. Vol. 33, n. 1, p. 6-25.
- LAVE, Jean & WENGER, Etienne. 1991. *Aprendizaje Situado: Participación periférica legítima*. 1ª ed. Cambridge: Cambridge University Press. 48 p.
- LÈVI-STRAUSS, Claude. 2008. *O pensamento selvagem*. 8ª ed. São Paulo: Papirus. 320 p.
- MAUSS, Marcel. 2003. *Sociologia e antropologia*. 1ª ed. São Paulo: Cosac Naify. 533 p.
- MAUSS, Marcel. 1996. *Manual de etnografia*. 1ª ed. Lisboa: Pórtico. 275 p.
- MOTT, Maria Lucia. 2002. “Parto”. *Estudos Feministas*. 2º sem. 2002. Vol. 10, n. 2, p. 339-401.
- MOTT, Maria Lucia. “Parteiras: o outro lado da profissão”. *Gênero*. 2º sem. 2005. Vol. 06, n. 1, p. 117-140.
- PEREIRA, Heloísa Corrêa. 2017. *Distribuição e mobilidade espacial da população em unidades de conservação de uso sustentável na Amazônia brasileira: o caso da reserva extrativista Auati-Paraná*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas.
- PINHEIRO, Rossiclei de Souza. 2013. *Ensino da reanimação neonatal para parteiras tradicionais – do aprendizado à prática nas regiões Norte e Nordeste do Brasil*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual Paulista.
- ROSE, Nickolas. 2007. “Medicalisation in the 21st Century”. *Lancet*. Febr. 2007. Vol. 369, issue 9562, p. 700-702.
- SIGNATES, Luiz. 1998. “Estudo sobre o conceito de mediação”. *Novos Olhares*. 2º sem. 1998. Vol. 2, n. 2, p. 37-49.
- SILVA, Alzira Nogueira da. 2005. “Pegando vida nas mãos”: *Um olhar etnográfico sobre saberes e práticas das parteiras tradicionais nos circuitos do Amapá em mudanças*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará.
- SILVA, Katiane. 2015. *Parente é serpente. Ambientalismo, Conflitos Sociais e Uso de Recursos Naturais no Auati-Paraná, Amazonas*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Janeiro.
- TORNQUIST, Carmen Susan. 2005. “Parteiras populares: entre o folclore e a escuta”. *Gênero*. 1º sem. 2005. Vol. 6, n. 1, p. 61-80.
- ZOLA Irving Kenneth. 1972. “Medicine as an Institution of Social Control”. *The Sociological Review*. Nov. 1972. Vol. 20, n. 4, p. 487-504.
- ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco & BEZERRA JÚNIOR, Benilton. 2014. “Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010”. *Ciência & Saúde Coletiva*. Jun. 2014. Vol. 19, n. 6, p. 1859-1868.