

PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO MEIO RURAL

FÁTIMA DE SOUZA TEIXEIRA

GLÓRIA MARIA DIÓGENES DE CARVALHO



Dissertação apresentada ao curso de Ciências Sociais da Universidade Federal do Ceará, sob a orientação da professora Teresa Maria Frota Haguette, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais.

A-009

ASSUNTO: SOCIOLOGIA
REG.: M-12

ÍNDICE

BH/UFG

PRIMEIRA PARTE

AGRADECIMENTOS

I - Apresentação	1
II - Introdução	3
III - Revisão da Literatura	5
IV - O Projeto de Assistência Materno-Infantil	28
V - Metodologia	36
VI - A Caracterização das Regiões	44

SEGUNDA PARTE

VII - As Parteiras	53
1 - As Cachimbeiras	53
2 - As Novas Técnicas Obstétricas	60
VIII - O Parto	64
1 - O Prê-Parto	64
2 - A Posição na Fase de Expulsão	67
3 - Placenta e Umbigo	73
4 - Cuidados Pós-Parto com a Criança e com a Parturiente	75
IX - O Resguardo	77
X - A Amamentação	82
1 - O Início do Processo de Amamentação	82
2 - O Período da Amamentação	84
3 - A Complementação ao Leite Materno	86
4 - Crendices e Supertições	89

XI - As Questões de Ordem Ginecológica	92
XII - O Aborto, o Natimorto e a Morte Infantil	95
1 - O Aborto	95
2 - O Natimorto	98
3 - A Morte Infantil	102
XIII - As Rezas	107

TERCEIRA PARTE

XIV - Conclusão	113
XV - Bibliografia	118

BSCH

PRIMEIRA PARTE

AGRADECIMENTOS

- Apresentamos nossos agradecimentos a todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.
- Às nossas informantes, pela atenção e prestabilidade dispensadas na execução deste estudo.
- À professora Teresa Maria Frota Haguette, orientadora desta dissertação, pela contribuição segura, paciência e confiança em nós depositada.
- Ao Dr. Galba Araújo e Dr. Antero Coelho Neto, pela orientação concedida para a execução deste trabalho.
- Ao Dr. Eduardo Campos pelo valioso material literário que nos foi fornecido.
- À Roberto Teixeira e Everardo de Carvalho, pelo carinho e estímulo de todas as horas.

I - APRESENTAÇÃO

Antes da apresentação do trabalho por assunto é importante ressaltar que a configuração do problema originou-se, tendo como núcleo central de análise o desenvolvimento de duas questões básicas:

- 1 - A tentativa de traçar o quadro atual da obstetrícia nos locais observados, e de,
- 2 - Delinear o processo evolutivo que sofreram as práticas obstétricas nestes mesmos locais.

No primeiro capítulo, "As Parteiras", procuramos enfatizar as explicações fornecidas por elas com relação a sua prática. Um outro aspecto observado são as mudanças ocorridas nos procedimentos e instrumentos por elas utilizados, a partir da implantação do Projeto de Ação materno-infantil no meio rural.

O segundo capítulo trata da "Atuação das Parteiras",⁽¹⁾ antes, durante e após o parto. Aqui descrevemos detalhadamente os cuidados dispensados à parturiente e à criança durante todas essas fases.

A posição que a parturiente assume na fase de expulsão é outro aspecto que mereceu toda a nossa atenção uma vez que a discussão em torno do assunto é muito rica principalmente quando se questiona: qual a melhor postura?

No capítulo seguinte abordamos o processo de amamentação e complementação da mama; fazemos também uma breve apreciação sobre as causas da mortalidade infantil no universo estudado. Em seguida descrevemos o período do resguardo, a questão do aborto, a incidência de exames ginecológicos, e caracterizamos, finalmente, o papel das rezadeiras neste universo.

Torna-se oportuno enfatizarmos que a forma acadêmica

BSCH

(1) - Através de depoimentos, percebemos que as mães e as parteiras fazem esta distinção do termo: Parteira é aquela formada, as outras são as "cachimbeiras" ou ainda "assistentes do mato".

na qual este trabalho é apresentado, deve-se ao fato de ter sido elaborado a título de pesquisa para monografia. Como se trata de dois autores, dividimos o assunto da seguinte maneira: "O Parto", "A Amamentação" e "A Morte Infantil" foram escritos por Fátima; "As Parteiras", "O Resguardo", "As Questões de Ordem Ginecológica", "O Aborto e o Natimorto" e "As Rezas" por Glória.

Contudo tivemos o cuidado de manter a lógica entre os assuntos de modo a não comprometer a seqüência do trabalho.

II - INTRODUÇÃO: O PROBLEMA

BH/UFC

O ponto de partida deste trabalho não foi uma hipótese formal derivada de um questionamento teórico, mas uma tentativa de conhecimento das condições do parto no meio rural, a partir da intuição imediata e prática da realidade que serviria como campo de observação: parte do município de Pacatuba.

O interesse por este assunto surgiu ao tomarmos conhecimento da existência de um projeto enviado ao NEPS (Núcleo de Estudos e Pesquisas Sociais do Departamento de Ciências Sociais e Filosofia da UFC) pela SAMEAC (Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand) em convênio com a Secretaria de Cultura.

O título a princípio nos fez imaginar que a proposta de pesquisa havia ingressado em local inapropriado. "A obstetrícia no meio Rural" não deveria ser tratada por pesquisadores ligados à área de saúde? Ao lermos o documento, entretanto, podemos perceber que a tentativa seria de detectar no meio rural os aspectos antropológicos da obstetrícia. O nosso interesse, então, na realização deste trabalho foi de imediato uma vez que percebemos a riqueza de informações e fatos interessantes que poderíamos trazer à mostra com os depoimentos e descrições colhidas em campo. Um outro motivo que nos levou a empenharmo-nos mais ainda foi o fato de haver tão poucos — e na realidade nenhum, dentro desta ótica — trabalhos com relação ao assunto. O tema era "novo" no sentido de que praticamente nada tinha sido escrito até então.

Dispensamos uma grande atenção à questão das "partei^{ras}" devido ao papel importante que estas desempenham nas comunidades rurais. Faz-se necessário ressaltar que quanto ao estudo do parto propriamente dito, reservamos uma igual atenção, aos personagens que atuam durante o processo.

Finalmente cabe ressaltar que este trabalho não tem pretensões generalizantes, vez que constitui apenas um estudo de caso.

Obs.: O suporte financeiro para esta pesquisa foi concedido pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand e pela Secretaria de Cultura. A parte de impressão ficou a cargo da Universidade Federal do Ceará.

BH/UTC

III - REVISÃO DA LITERATURA

Sabemos que todo o trabalho de cunho científico requer o conhecimento e a devida seleção do material bibliográfico existente. A obstetrícia no meio rural, para surpresa nossa, é um assunto de certa forma inédito, com referências existentes apenas em algumas obras. Tornou-se então exaustivo o nosso trabalho, pois freqüentemente tivemos que ler todo um volume, para, na maioria das vezes, encontrarmos apenas alguns parágrafos com referência ao assunto.

Iniciamos, portanto, a elaboração do presente trabalho, inquietas com a escassez do material encontrado, mas na esperança de fornecer subsídios ao tema em questão.

Dentre as obras por nós analisadas, percebe-se com clareza, duas correntes interpretativas do parto: uma, que poderíamos chamar de naturalista, que defende a volta à fisiologia normal, o reencontro com as práticas tocológicas primitivas; e outra, que preconiza a interferência das técnicas obstétricas mais avançadas.

Segundo Rezende (1969: 02), a velha arte dos partos modificou-se através dos tempos e superando a "operatória do arrancamento", aperfeiçoou os "atos extrativos". Foi permitido através das técnicas anestesiológicas tornar mais curtas as fases do parto e torná-lo indolor, através também dos feitos da operação cesariana, que o autor considera simples e com a apresentação de resultados brilhantes. Rezende coloca-se portanto contrário à concepção da gravidez como uma função semelhante às outras, normal; para ele é necessário lançar mão de todo um arcabouço teórico-experimental existente a respeito das formas mais aperfeiçoadas para o acompanhamento durante a gravidez, e o desempenho do obstetra durante o parto, (Idem). Discorda Rezende dos autores que defendem ser o parto nas espécies primitivas, realizado sem dor e da forma mais natural possível.

Já Paciornik (1979: 96) é um dos precursores do pensamento que reserva uma maior atenção às formas primitivas de

parto. Para ele o ato dos médicos, apesar de ser um ato consequente de outros, trouxe sérios resultados, transformando-se, talvez, no maior fato de iatrogenia da história da medicina, (Idem). Para Rezende, um pensamento deste tipo é formador de uma doutrina que já foi superada pelos estudos realizados no campo da obstetrícia, (1969: 02).

Percebemos portanto uma clara divergência entre os autores. Rezende é defensor das práticas obstétricas realizadas através do uso de técnicas que se encontram em constante evolução. Paciornik percebendo ser todo esse avanço no campo da obstetrícia nocivo ao organismo das mulheres, é favorável ao retorno às formas que prevaleciam quando ainda não existiam médicos, quando ainda não se sucediam as iatrogenias.

Rezende coloca também sua posição a respeito da prática das parteiras. Para ele a tocológia destas era guiada pela ignorância e baseada em feitiços e credices, (1969: 04). Ele as julga responsáveis, durante um certo tempo, por todo um atraso da obstetrícia em relação às outras especialidades médicas. Já Araújo (1980: 02) é contrário a se adotar uma atitude hostil junto às parteiras. Ao invés de combatê-las estabeleceu ele em seu Projeto de Assistência Materno-Infantil no meio rural, uma política de aproximação e diálogo. As parteiras são partes integrantes e essenciais deste projeto e só através do contato com elas efetuado, foi possível a plena realização deste intento.

Quanto à origem destas mulheres que passaram a assistir os partos, Rezende (1969: 02) coloca que, as mulheres mais velhas, portanto mais experientes, passando a socorrer as parturientes, foram as que iniciaram o trabalho das parteiras. Para Jirón (1968: 51) "en los primeros tiempos las parturientes solo eram ayudadas por mujeres de la familia o amigas, eventualmente por una comadrona pagada, que no formaban una classe erudita, pues era muy poco que se habiá escrito entonces sobre obstetrícia". Estas mulheres, denominadas posteriormente de parteiras, originaram-se, portanto, de pessoas da família ou a esta muito chegadas, que com a ajuda que ofereciam a algumas, acabavam prestando seu trabalho a muitas outras. Rezende, ainda em relação às parteiras, considera seus traba-

lhos carentes de qualquer fundamentação científica, predominando o aspecto intuitivo, contribuindo apenas "para a preservação das grandes famílias, base econômica do homem paleolítico", (1969: 04).

Acredita ele que a contribuição significativa das parteiras refere-se apenas ao aspecto social da preservação da família, base econômica da sociedade.

Na obra de Paciornik, também encontramos referência ao aspecto social na evolução da obstetrícia. Diz ele que "na história da obstetrícia aprendemos que, com a evolução social, a diferenciação dos povos pela riqueza, indústria, vida mais fácil, mais cômoda, a mulher pela falta de exercícios enfraqueceu, sentiu dificuldade de manter a posição primitiva, (1979: 11).

Engelman, citado por Rezende (1969: 03) coloca que as práticas obstétricas de uma tribo ou nação demonstram o grau de sua cultura, portanto, o seu estágio de evolução social.

Podemos perceber então, nos autores citados, uma preocupação em relacionar as mudanças ocorridas nas práticas obstétricas com a evolução sofrida pela sociedade. A atenção aos fatores de ordem sócio-cultural podem ser perfeitamente detectados na obra de Paciornik. Durante todo o trabalho a posição de cócoras é ressaltada como sendo um reflexo do tipo de cultura observada pelo cientista: a indígena. Explica ele, então, que os primatas caso não tenham entrado em contato com qualquer outro tipo de civilização, no momento do parto assumem espontaneamente a posição de cócoras, (1979: 96). Descreve ele que "as mulheres se acocoravam e tinham filhos diretamente sobre a esteira", (1979: 60).

O questionamento da melhor posição que deve assumir a parturiente quando é chegada a fase de expulsão, é tratado por vários autores. Dentre estes, Costa-Sacadura e Saavedra (1975: 303) enumeram as posições e atitudes físicas da parturiente em oito grupos básicos:

"I - Deitada:

- 1 - Decúbito dorsal, perfeito (na cama ou no chão).
- 2 - Decúbito dorsal, incompleto: na cama ou na mesa, com os membros inferiores pendentes (posição de Walcher).
- 3 - Decúbito dorsal, com elevação das nádegas (cabeça e ombros baixos).
- 4 - Posição da talha (simples ou exagerada).
- 5 - Decúbito lateral.
- 6 - Decúbito ventral.

II - Semi-deitada (sentada e reclinada para trás):

- 1 - Na cama, encostada a um suporte inclinado (almofadas, cadeira invertida).
- 2 - No chão, recostada num suporte inclinado (almofadas, cadeira invertida).
- 3 - Numa poltrona, nos braços de um assistente.
- 4 - Numa poltrona, entre as coxas de uma pessoa sentada no mesmo traste.
- 5 - Na cadeira obstétrica (provida de costas inclinadas).
- 6 - Sentada no regaço e recostada nos braços de outra pessoa.
- 7 - No chão, entre as coxas de um assistente e inclinada para trás, nos braços do mesmo.
- 8 - Numa pedra, formando-se em dois suportes.

III - Sentada:

- 1 - Na cama.
- 2 - Numa rede de dormir, torcida como uma corda e suspensa verticalmente (a modo de balouço).
- 3 - Numa poltrona ou em uma almofada:

- a) Livre;
 - b) Amparada;
 - c) Encostada a uma pessoa, de pé, atrás de si.
- 4 - No chão:
- a) Livre;
 - b) Costas contra costas de outra pessoa, de braços mutuamente enganchados.
- 5 - Na cadeira obstétrica.

IV - Agachada:

- 1 - Livre, na atitude de defecar.
- 2 - Livre, mas de cabeça sustentada por uma pessoa, de pé atrás de si.
- 3 - Livre, mas de mãos apoiadas nos ombros de uma pessoa sentada à sua frente.
- 4 - Apoiada contra as costas de outra pessoa.*

V - Ajoelhada:

- 1 - Com a parte superior do corpo erecta:
 - a) Livre;
 - b) De mãos firmadas num suporte vertical (corda, pau);
 - c) Sustentada, ao nível das axilas, por outra mulher.
- 2 - Com a parte superior do corpo inclinada para trás:
 - a) Agarrada a um suporte horizontal;
 - b) Encostada ao peito de outra mulher.

* Mencionamos ainda:

- 5 - Apoiada a uma estaca (Engelman, Witkowski)
- 6 - Agarrada a fortes correias, presas a um esteio (Witkowski).

- 3 - Com a parte superior do corpo dobrada para trás, horizontalmente.
- 4 - Com a parte superior do corpo vergada para a frente, apoiando-se num suporte (cepo ou cadeira).
- 5 - Firmada sobre as mãos (posição genu-palmar ou de gatas).
- 6 - Firmada sobre os cotovelos (posição genu-cubital).
- 7 - Firmada sobre o peito (posição genu-peitoral).

VI - De pé:

- 1 - Direita e com as pernas escanchadas:
 - a) Livre;
 - b) Amparada por outra pessoa.
- 2 - Inclínada para diante.
- 3 - Inclínada para trás, de costas apoiadas a uma árvore.

VII - Dependurada:

- 1 - Num suporte horizontal ou em um ramo de árvore, fazendo a elevação do corpo, como na barra-fixa.
- 2 - Erguendo-se, à custa dos braços, agarrados ao pescoço de uma pessoa mais alta, de pé.

VIII - Balouçada:

- 1 - Deitada de costas com os ombros sobre almofadas, num pano passado por baixo das nádegas, de modo que a parte média do corpo sofra um movimento de vaivém, pela manobra de duas mulheres, de pé, uma de cada lado da cama.
- 2 - Suspensa verticalmente por uma laçada de corda, passada sob as axilas.
- 3 - Meio suspensa, de braços erguidos e mãos atadas a uma árvore de forma que as pontas dos pés mal toquem o solo".

'A posição horizontal é ressaltada por Naegele (citado pelos autores acima referidos, p. 304) em suas experiências; ..." espia os passos de raparigas inexperientes deixadas sozinhas num quarto que lhes oferece uma cama, uma cadeira vulgar, um canapé e uma cadeira obstétrica. Ensaaiadas todas as posições, acabam por deitar-se e aliviar-se na cama".

Da mesma forma Rigby (citado pelos autores, p. 304), formula a hipótese de que "... soada a hora do período expulsivo, a atitude somática das mulheres desprovidas de assistência obstétrica obedecerá a circunstâncias puramente acidentais, admitindo que, depois de cirandar, de rabiado pelo quarto, elas acabam por escolher o decúbito horizontal".

Engelman, parteiro e etnógrafo americano (citado pelos autores, p. 306-307), chega às seguintes conclusões com referência à posição da parturiente nos povos de civilização avançada e entre as raças selvagens:

- Na fase final do trabalho de parto as mulheres adotam de preferência as posições inclinadas. Entre os selvagens esta postura é instintivamente adotada, pois facilita e acelera o trabalho de parto. Ele reforça esta conclusão dizendo que as mulheres não civilizadas fogem do decúbito dorsal no fim do trabalho de parto e isto vem provar que tal posição é a menos recomendável, pois "delonga o trabalho e não evita perigos" (p. 307).

Paciornik (1979, a: 59), comunga suas idéias com o autor referido quando diz "na mulher deitada o colchão da cama de parto impulsiona as partes moles das nádegas, juntamente com o coccix, em direção ao púbis, estreitando o canal vaginal. Deitada e em posição ginecológica, muito da força da mulher se perde. Disto resulta para a mãe, lesões mais extensas, do assoalho pélvico (...)". Paciornik e outros (1979, b: 68), revelam que numa experiência feita com 200 índios em reservas do sul do Brasil, foi constatado através da eletroencefalografia o índice de 2% de disritmia nestas populações enquanto que entre as populações civilizadas este índice sobe para 5 a 10%. Também a epilepsia se encontrava mais baixa nas primeiras populações do que nas segundas. Estas diferenças foram atribuídas ao fato de o parto indígena se dar na posição

acocorada, enquanto que o parto entre os civilizados se dá em decúbito dorsal. Além disso Paciornik (1979, a) 102) afirma que a posição deitada dissocia a mulher da chegada de seu filho. Ele deixa evidente o seu argumento que implica em ser o parto na posição acocorada o melhor em todos os sentidos e o mais fisiológico. Sua justificativa se fundamenta no fato de que na mulher acocorada, "a vagina se alarga no sentido transversal, e ela se força à flexão do tórax, como se fosse olhar o filho nascer, o coccix é jogado para trás, alargando-a no sentido antero-posterior, deixando-a mais aberta em todos os sentidos" (1979, a: 67).

Rezende (1974: 289), faz menção à posição da paciente dizendo que a mais usada é a dorsossacra, "a clássica posição obstétrica ou de litomia". Podendo também usar a posição de Sims, "decúbito lateral, com a perna e a coxa superiores flectidas e o membro oposto em extensão; (...)".

Diante das colocações expostas, percebe-se então que os autores divergem quanto à indicação da melhor posição que a parturiente deve assumir, e a que melhor se adapta às suas condições físicas de forma a lhe favorecer no momento de expulsão. Porém, toda essa discussão está entremeada de elementos sócio-culturais que atuam como pano de fundo para cada autor.

Paciornik, mais envolvido com as práticas tocológicas dos indígenas, percebeu o quanto a posição acocorada beneficiava e favorecia a parturiente em todos os sentidos. Enquanto que Rezende e outros, na defesa da evolução das técnicas obstétricas, se colocam mais a favor da clássica posição horizontal, por ser esta a mais procurada pelas mulheres depois do exaustivo trabalho de parto.

I - O Parto - Assistência e cuidados com a parturiente e criança. Relato de dois partos.

Aqui também se observa certa divergência entre os autores no que diz respeito ao parto domiciliar. Assim é que Jirón (1968: 51) nos mostra o quanto é viável o parto a domicílio:

"Milones de Veces se ha demostrado que una paciente puede tener sin peligro a su hijo en casa y disponer de asistencia adecuada de profesionales".

Entretanto ele deixa claro, ao enumerar o material obstétrico necessário que a parteira deve ter em mãos que, por ser este muito numeroso, é preferível se fazer o parto numa instituição hospitalar (p: 54).

Já Rezende (1974: 287) desaconselha firmemente a assistência ao parto em domicílio. Ele diz que esta assistência é "aleatória, cheia de riscos iminentes, incapaz de preencher, por falta de recursos imediatos, os objetivos básicos da obstetrícia: amparar, com razoável segurança, a vida materna e a do concepto". Para ele os cuidados exigidos pela parturiente só podem ser prestados em maternidades bem organizadas, com aparelhamento moderno, nas quais seja possível resolver, com extrema urgência, distocias e acidentes.

Jirón (p. 52) explica ainda que antigamente era de costume que a parteira ficasse na casa da gestante uma ou duas semanas antes do parto; mas atualmente ela vem somente quando a parturiente começa a sentir os sintomas.

Quanto aos cuidados que devem ser dispensados à parturiente e à criança, ele enumera os seguintes (p. 55):

- "1 - Aspecto psicológico de la paciente y familia.
- 2 - Asepsia y antisepsia.
- 3 - Conservar las fuerzas de la paciente en el primer periodo.
- 4 - Hidratación de la paciente.
- 5 - Vigilar progreso del parto.
- 6 - Posición del feto.
- 7 - Cuidado de la vejiga.
- 8 - Providencias necesarias y preparación del equipo, a ser usado en el nacimiento.
- 9 - Evitar una expulsión violenta de la cabeza del niño (...).

- 10 - Evitar que el niño aspire líquidos por boca o nariz (...)
- 11 - Sostener firmemente al recién nacido por los pies, facilitando el drenaje de líquidos de la boca y vías respiratorias y luego estimular respiración y llanto.
- 12 - Cortar y ligar adecuadamente el cordón umbilical (...)
- 13 - Esperar expulsión de la placenta y membranas, recogerlas en una vasija para revisarlas y cercionarse de su integridad.
- 14 - Verificar que el útero permanezca contraído y advertir magnitud de hemorragia vigilando constantemente que esté contraído el útero (...)
- 15 - Dejar a la parturiente cómoda y con ropas limpias una vez terminado el parto (...)"

Comparando com os cuidados citados abaixo por Rezen-de (p. 288) podemos observar as diferenças existentes quanto à postura adequada nos partos hospitalares:

1 - Cuidados dispensados à parturiente:

- a) higiene corporal;
- b) tricoxisma do monte de Vênus e da genitália externa;
- c) lavagem intestinal;
- d) vestuário apropriado.

2 - Preparo para o toque:

- a) posição adequada;
- b) limpeza e antissepsia da genitália externa.

3 - Precauções do Obstetra:

- a) vestuário apropriado;
- b) antissepsia e eventual enluvamento das mãos".

Diante dos requisitos apresentados para a consecução de partos domiciliares percebe-se que Jirón preocupa-se não

apenas com os cuidados essenciais ao parto, mas também com o lado emocional da parturiente e de sua família. A orientação dada por Jirón, para a consecução de partos caseiros o coloca em uma posição muito próxima do trabalho desempenhado pelas parteiras. Já Rezende, colocando-se contrário a execução de partos em ambiente domiciliar não menciona que este tipo de atenção poderia ser dispensada à parturiente ou mesmo a membros de sua família distanciando-se portanto das práticas tocológicas desenvolvidas em partos domiciliares e preferindo atuar onde não há o envolvimento emocional mesclado pela força da presença de pessoas da família.

Após o nascimento Jirón (p. 55) aconselha a parteira fazer um minucioso exame na criança buscando sinais de lesões ou anormalidades. Além disso ela deve tirar a temperatura retal, pesar e limpar a criança com azeite ou água morna.

Jirón (1968: 56) e Rezende (1974: 334) compactuam a mesma idéia com relação a amamentação, devendo ser esta iniciada 12 horas após o parto.

Com o fim de enfatizar as diferenças e semelhanças existentes entre o parto conforme as regras das ciências médicas e aquele parto natural, caseiro, quase folclórico, apresentaremos duas descrições que nos parecem retratar com exatidão as duas posições antes mencionadas sobre as vantagens do parto assistido por especialistas e aquele assistido por "curiosas". Antes porém apresentaremos uma breve descrição sobre o processo da gravidez e sua analogia com o ovo, que nos pareceu poder enriquecer a compreensão do próprio parto.

1. Paciornik, "O Parto" (1979: 44).

..."uma descrição sucinta do parto e atitudes fetais, facilita o acompanhamento da exposição médica.

O útero é como se fosse uma bola elástica, de grossas paredes, fechada por uma boca de lábios muito espessos, de consistência firme dificilmente dilatável. As paredes do útero e os lábios vão amolecendo com a aproximação da hora do parto. A parte maior do útero chama-se corpo, a boca colo.

A gravidez começa com um ovo implantado no endomê-

trio que é uma camada rica em elementos nutritivos, que recobre a cavidade do corpo uterino.

O ovo humano cresce como uma planta, tem raízes (placenta), caule (cordão umbilical) que termina num fruto, que é a criança.

As raízes do ovo formam-se aglomerados, uma grudada às outras, formando um bolo em forma de disco, chamado placenta. As raízes placentares recolhem os alimentos do endométrio e os levam através do cordão umbilical (caule) para a nutrição do feto.

O ovo da criança, plantado no útero pela placenta se assemelha a um ovo de ave, a única diferença está no envoltório que, em vez de ser uma casca dura, é um tecido mole, macio, que se chama membrana. Assim, as cascas dos ovos humanos chamam-se membranas.

A clara equivale à água, denominado também líquido amniótico, que envolve, banha e protege a criança durante seu desenvolvimento intra-uterino. A criança, bem como o pinto, forma-se da gema.

A medida que a criança se desenvolve, o útero cresce, aumenta de volume, para contê-la.

No transcurso da gravidez, o colo uterino vai amolecendo, madurando progressivamente.

Por volta de duzentos e oitenta dias, o útero está ocupado, a criança madura, bem formada, pronta para nascer. Daí entram em ação uma série de mecanismos.

Para a criança sair, o colo do útero, que se amoleceu durante toda a gravidez tem que se abrir, dilatar, se alargar. Estes fenômenos se processam num período que se chama período de dilatação.

No primeiro filho a dilatação e o apagamento são lentos, demandam muitas horas, umas oito em média. Do segundo filho em diante, torna-se mais rápido. Eles se fazem por contrações das fibras do corpo uterino que, ao mesmo tempo que repuxam as fibras do colo, comprimem a bolsa d'água, cuja pressão aumenta e força o orifício do colo de dentro para fora auxiliando a abri-lo, dilatá-lo, apagá-lo.

Enquanto a dilatação não está completa, a mulher não tem vontade e não adianta instá-la a fazer força. O colo fechado torna inútil, e até prejudicial, qualquer esforço.

Durante toda a dilatação, a mulher deve permanecer calma, relaxada, oxigenada. Para isso, ela deve respirar desimpedida e calmamente. Ter liberdade para fazer o que desejar, sentar, deitar, andar. Desde que não esteja cansada, andar é o mais vantajoso. É o que a índia da mata sempre faz e, liberta da influência dos civilizados, ainda faz.

O período de dilatação chama-se também, primeiro período, as contrações começam espaçadas, de meia em meia hora, vinte em vinte minutos, se amudando com a progressão da dilatação.

Quando a dilatação está completa, a mulher sente vontade de se agachar, comprimir o abdômen, fazer força como se precisasse evacuar. Os mecanismos da expulsão fetal e fecal são idênticos. Diferenciam-se apenas no resultado, num sai o cilindro fecal e no outro cilindro fetal. A este período chama-se período expulsivo, e nos povos primitivos transcorre como se descreveu acima.

Após a saída do feto a placenta se desprende do útero e na mulher em posição de evacuação a expulsão é sem qualquer dificuldade, deslizando para fora do canal da vagina e arrastando consigo as membranas. Este tempo chama-se secundamento, desprendimento, desplacentação, terceiro período.

Se não houver interferência estranha, em mais de noventa por cento dos casos, o parto é normal e espontâneo, dispensando toda e qualquer ajuda ativa. A supervisão médica é necessária, para detectar, prevenir e intervir nos casos em que possa surgir alguma anormalidade, menos de dez por cento" (p. 46).

2- Fontenelle (1959: 93-95):

"O parto feito pela "curiosa" principia por um banho quente, com a finalidade de "tirar friagem" da parturiente. Esse banho que lava apenas o tronco e os membros inferiores, é preparado com a combinação de diversas plantas — folhas de es

perta, erva de São João, três pedras de sal. Se o parto fica demorado, enxuga-se a parturiente, veste-se com uma camisola, "o que tiver" e apressa-se a operação com a aplicação de uma "pratada" ou "implastro", preparado com folhas de hortelã, aliante, poejo, arruda, um dente de alho grande, socados e fritos em azeite e um "pouquinho de sebo". Esse "implastro", esfriando, é esparramado sobre a barriga e as cadeiras da parturiente — que deve permanecer deitada — ao mesmo tempo que a "curiosa", com as mãos sujas da substância, vai massageando-lhe o ventre e os quadris (...). A "espera" resume-se no período de tempo em que a parturiente permanece de pé ou se desloca pelo cômodo "de la para cá" até "fazê as hora".

"Quando vai chegando nas horas vencida" e o parto está próximo a mulher é colocada ainda em posição vertical, sentada, de preferência na beira de uma cama ou de um pequeno banco. "A parteira bota a gente no banco, duro, sem se mexê. Eu vou levantá um pouquinho, não podi. Quando fica boa nem pode se sentá". O banco deve ser baixo e a mulher "fica na pontinha", apoiando-se ou segurando-se com os braços atirados para trás. Embaixo, no chão ou sobre uma esteira, são colocados vários panos "qui eles vai apanhando". Nessa posição é recolhida a criança. ... Após a retirada da criança a parturiente é sentada em uma bacia pequena ou urinol contendo água morna e nessa ocasião, aproveitando-se ainda a "esfricção", retira-se a placenta. A parturiente é transportada para outra bacia maior onde é lavada da cintura para baixo, "com água de sal". Quando o banho termina, ela é esfregada com uma toalha e levada para a cama. "Fica de barriga pra cima, quietinha".

Esse relato define com precisão o tipo de procedimentos e atitudes que a "curiosa" dispensa à mulher que está sob seus cuidados. O uso de mezinhas é largamente por ela empregado com o fim de aliviar e ajudar a parturiente em todas as fases do parto, de modo que ela se sinta amparada e assistida física e psicologicamente.

II - Dir-se-ia que uma nova orientação se vem demonstrando no sentido de encontrar um meio termo, entre as posturas acima expostas, em busca de uma síntese que melhor se adeque à realidade subdesenvolvida do Nordeste brasileiro.

Nesse sentido, é importante ressaltar o papel de destaque desempenhado pelas parteiras no Projeto de Assistência Materno-Infantil e a atuação das visitadoras na Unidade Sanitária do Serviço Especial de Saúde Pública, articulado no Estado de Minas Gerais.

Araújo e Coelho Neto (1980: 02) referindo-se ao Programa Comunitário de Saúde Familiar, desenvolvido em alguns municípios do Ceará, observam que as parteiras, através da valorização e percepção do seu trabalho, representam o elo que une a população e a unidade de saúde. A razão dessa política de aproximação deve-se à participação e ascendência dessas parteiras no seio da comunidade. Araújo e Coelho Neto (Idem) consideram-nas como integrantes da estrutura sócio-familiar, pois o seu trabalho não se limita apenas à realização de partos, como também ao contato intermitente que estabelecem com os membros de toda a família.

Jirón (1968: 54) cita palavras de um parteiro, preferidas em certa ocasião, "que teria dois tipos de honorários: uno para atender a la paciente sola, y otro mucho mayor si se veia obrigado a assistir la paciente e su familia".

Foi, portanto, através da compreensão da importância das parteiras no núcleo familiar e conseqüentemente na comunidade como um todo, que tornou-se imprescindível incluí-la como parte atuante do projeto de saúde desenvolvido no Ceará. Porém, para que os objetivos do Projeto fossem alcançados, seria necessário promover o treinamento das parteiras para que os partos fossem realizados em locais apropriados e mais higienizados (Araújo, 1980: 02). As parteiras foram então identificadas e passaram a ser controladas pelo Projeto. Finalmente, já devidamente orientadas e levando-se em conta o controle que exerciam sobre a população das localidades, elas funcionariam como intermediárias entre o pessoal do Projeto e a comunidade.

Já no Programa de Saúde desenvolvido no Estado de Minas Gerais, "são as visitadoras, principalmente, que executam o trabalho de ligação entre a Unidade e a população da localidade" (Fontenelle, 1959: 85). O papel das visitadoras difere quanto ao desempenho verificado pelas parteiras. Às visitado-

ras, cabe percorrer diariamente as casas e relacionar o nome de todas as gestantes em estado já adiantado (1959: 85). Enquanto as parteiras desempenham um trabalho concreto junto ao Programa de Saúde desenvolvido no Ceará, as visitadoras apenas realizam visitas às casas da comunidade, não se envolvendo assim no desempenho de práticas sanitárias desenvolvidas pela unidade.

As parteiras do Programa de Saúde articulado em Minas Gerais, não atuam como parte integrante do mesmo. As dificuldades de trabalho com as parteiras são numerosas: a falta de interesse, os problemas em relação à assiduidade e ao uso de técnicas mais avançadas, são os principais aspectos apontados pelo autor (Fontenelle, 1959: 102). Fontenelle coloca ainda, uma outra questão em relação às dificuldades de trabalho com as parteiras que consideramos ser o fundamento de todas as suas outras acusações. Para ele "são numerosas as dificuldades que surgem durante a execução de um programa cujos propósitos se destinam a modificar hábitos e noções profundamente arraigados na mentalidade da população" (1959: 101). Acreditamos que a primeira barreira encontrada pelos executores deste Programa de Saúde refira-se ao fato de pretenderem modificar hábitos populares, isto é, uma gama de valores acumulados durante um largo espaço de tempo.

Araújo e Coelho Neto (1968: 08) consideram que "a não agressão frontal e categórica aos costumes ditos "antigos e primitivos" é regra aceita e posta em prática por todos os que trabalham no programa".

Percebemos portanto que a orientação implantada nos dois Projetos de Saúde desenvolvidos no meio rural, apresentam claras divergências no que se refere à concepção dos problemas de ordem sócio-cultural.

Para Araújo e Coelho Neto (1979: 509) o caminho a ser tomado para execução de um projeto desta ordem é o da conquista da simpatia do povo fazendo-o acreditar na sinceridade e na autenticidade de seus propósitos.

Já Campos (1967: 25) coloca que o médico no sertão não é visto com muita simpatia pelo povo. Ele é uma figura muito mais respeitada do que propriamente aceita como um dis-

cípulo da saúde. Para o autor (idem) é difícil que o médico consiga atrair a simpatia e a confiança do povo, principalmente devido à persistência da utilização de técnicas, baseadas na magia primitiva, credices e superstições, pela população sertaneja.

Para Lima (1940: 97) o homem do sertão é sempre "avesso" aos médicos em cujo conhecimentos não crê. Ainda Campos (1967: 25) coloca que, na verdade, é difícil para o médico impressionar o homem do sertão. Prefere o sertanejo acreditar nos "avisos misteriosos", na "incenação dos curandeiros", nas "garrafadas de sabor acre". Para ele então, o homem do campo guia-se muito mais por hábitos e superstições, adquiridos através da sua evolução natural e vagarosa (Idem).

A atuação do médico nos sertões, portanto, é dificultada pela persistência das práticas das mezinhas, onde ressoam toda sorte de hábitos, superstições, credices e feitiçarias, acumuladas durante suas experiências de vida.

São as mezinhas remédios usados largamente nos tempos coloniais e ainda hoje repetem-se as mesmas "receitas". Assim coloca Campos (1967: 26-27): "a medicina popular em todos os seus múltiplos aspectos alcança um papel de destacada importância no Nordeste brasileiro principalmente no Ceará, parte integrante do chamado "polígono das secas". Efetivamente o homem do povo, na iminência de um mal que o aflija, saberá por certo aplicar seus conhecimentos de curandeiro. E para realização de sua medicina empírica, a mais pirotésca possível pelos processos utilizados, lança mão de mezinhas ou orações as quais empresta o melhor de suas crenças". Estão a sua disposição uma infinidade de plantas medicinais, como atesta a coletânea de Ervas Medicinais (1979: p. 48), o que possibilita a pouca dependência dos serviços médicos. Ainda Campos reforça esta idéia enfatizando que os possíveis obstáculos à recuperação da saúde são sanados com mezinhas obtidas pela "maceração, infusão ou cozimento de raízes, folhas de algumas ervas e cascas de arbustos e árvores (...) (p. 27).

Além das "receitas" passadas de geração à geração observa-se amplamente a ação do curandeiro e rezadeiras que são agentes diretos na transmissão de credices, superstições e "simpatias".

'Araújo (1968: 03) explica que "enorme parcela da comunidade rural, principalmente a faixa mais carente, procura a rezadeira antes de buscar qualquer profissional de saúde". Ele não despreza a ação da rezadeira uma vez que ela pode ser aproveitada, sob vários aspectos, na prestação de serviços de saúde, representando um papel de suma importância cultural para a população sertaneja.

Exemplo da importância alocada às rezadeiras são as orações destinadas à obtenção de vários favores dos deuses e santos. É interessante o relato de Campos (1967: 131) sobre isto:

Oração para expelir a placenta

... "com todos os poderes de Deus-Padre e do Espírito Santo, ficai de toda livre. Enquanto isso, a parturiente, muitas vezes soluçando de dor, há de rezar em voz alta: Oh, minha santa Margarida. Não estou prenha nem parida. Tirai de vez o que está na minha barriga. Oh, valei-me, santa Margarida. Não estou prenha nem parida... não estou prenha nem parida. Livrai-me tu com os poderes de Deus e também da poderosa virgem Maria".

Para "dor de Madre" (provavelmente cólicas uterinas)

"Madre! É tempo de teres o teu lugar. Madre! Alivia esta pobre mulher. São teus estes cinco padres-nossos com cinco ave-marias, em lembrança das cinco chagas de Nosso Senhor Jesus Cristo. Assim como o Senhor salvou-se, assim há de querer que Dona fulana se salve desta dor de madre, volta ao teu lugar (rezam-se então cinco padres-nossos e cinco ave-marias).

Entre as meizinhas, credices e superstições, exemplificaremos apenas algumas delas, uma vez que o volume não nos permite abordá-las todas:

I - "Do livro de S. Cipriano, "Os tesouros do Feiticeiro", foi reproduzida uma parte na Revista Feminina (1979: 714-715), onde consta a seguinte receita relacionada com práticas de limitação da natalidade: deve-se colher spongos*, re

* Spongos. Esponjas.

tirar a parte gelatinosa que o envolve, colocá-lo para secar e depois retirar toda areia, umedecê-lo com água, espremê-lo e colocá-lo na vagina antes de iniciar o ato sexual. O spongo deve ser do tamanho da palma da mão".

(...) "trata-se de uma beberagem de norma com quinaquina, que antes de ser ingerida pela paciente, duas ou mais vezes ao dia, ficou corando, num copo duas ou três noites seguidas. Dizem que trava e faz vir as regras da mulher, segundo as "comadres" mesmo depois de ter-se declarado o engravidamento". (Campos, 1979: 53).

Campos colheu outras receitas em Iguatú-Ce, mas resalta que sua aplicação não é generalizada uma vez que o sertanejo não encara o problema de ter muitos filhos (Cf. p. 54).

"O chá de folha de espirradeira (metade de cada folha utilizada) é remédio infalível para colocar a mulher novamente em seu período catamênio".

"A mulher que colocar a mão sobre a pedra do altar (ara) não terá mais filhos (...) para que uma moça, ao ser desonrada, não corra perigo de conceber, deve introduzir uma pedra desal sob a língua".

II - Período de gestação:

"Uma das fases mais cheias de tabus de conduta e de comportamento é durante a gravidez. Destinados a facilitar a expulsão da criança e garantir um período gravídico tranqüilo, defendendo o feto de nascer torto, aleijado, com manchas dos objetos guardados no seio, cordões apertados, ligas etc., alimentos, ritmo de passo, esses processos são reuniões de regras de uso quase universal, juntas em cada país pela imigração ou convergência de proximidade (...)" (Cascardo, 1969: 371).

"Guardar medalha presa num cordão comprido, ao pescoço, não tem para quem apelar: faz o menino nascer com um sinal no corpo do tamanho da medalha". (Campos, 1979: 54).

"Mulher prenhe não deve passar por cima de uma corda estendida. Pode trazer esse ato complicações bastante sérias para ela na hora do parto". (Idem: 54).

III - Fae do parto:

"Na força da lua e da mare o parto  ligeiro e sem complicações" (Ibidem: 55).

"Para o parto ser rápido e sem complicações, a parturiente deve andar apanhando de chinela, pelos cmodos da casa, alcovas e corredor, num corretivo bastante cmico aplicado pelo esposo" (p. 55).

"Quando não conseguir 'desocupar', é bom que vista sem perda de tempo, uma camisa suja do marido, às avessas (...)" (p. 55).

IV - Como adivinhar o sexo da criança:

"Quando a gestante principiar a fazer a primeira camisinha do enxoval do nenê, se lhe surgir em casa pessoa do sexo masculino,  prenuncio de que irá ter um filho macho. Se ocorrer entrar uma mulher, em iguais circunstâncias, é sinal de que nascer uma menina (...)" (Campos, 1979: 54).

"Ainda para esclarecer o sexo do filho em gestação, a futura mãe leva ao fogo, para cozinhar, o coração de uma galinha tendo antes o cuidado de abrir-lhe uma das extremidades. Se depois de cozido o coração se conservar aberto, a criança será do sexo feminino, se se fechar não haverá mais dvida: nascer um menino" (Ibidem: 54).

"Quando 'arredonda a barriga', dizem as 'comadres', vai nascer um machinho. Mas se esta se apresenta afunilada,  aviso certo de que nascer uma fêmea" (p. 54).

V - A Criança:

"Logo que cortar o umbigo da criança, deve a 'comadre' passar o cuspo com fumo". (Fontenelle, 1959: 89).

"Baratas torradas servem para cólicas intestinais de crianças quando delas se faz ch, muito em uso nos sertões do Nordeste" (Campos, 1967: 72).

"O umbigo do recém-nascido deve ser jogado às 'águas sagradas do mar' para garantir-se  criança um futuro feliz (...)" (Ibidem: 75).

"Combatem a icterícia com chá de grilo preto. O chá é feito das suas pernas dianteiras e deve ficar, após fervido, esfriando por meia hora" (p. 75).

VI - Aleitamento:

"Se a mulher, após o parto, não tiver leite para amamentar, mandará pedir a sete pessoas um punhado de farinha e com o tanto obtido fará o que chamam de 'pirão escaldado'" (Campos, 1967: 77).

"Passar um pente fino sobre os seios é remédio indicado para diminuir o leite" (Campos, 1979: 56).

"Para diminuir o leite no seio materno, aconselham à parturiente usar ao redor do pescoço um rosário de pecíolos de carrapateira" (Ibidem: 56)

VII - Placenta e Inflamações:

"Mulher prenhe não deve comer nada que grude em panela, para que não fique grudada também a placenta" (Campos, 1979: 56).

"Soprar com força numa cumbuca ajuda a expulsar a placenta" (Ibidem: 55).

"Para desocupar' e 'soltar a placenta' indicam também à parturiente amarrar ao redor do pescoço um pedaço de barbante ou fita em que se atou uma caveira de cachorro" (p. 55).

"Quando nenhum remédio resolve a inflamação do útero, usam as 'comadres' dar a beber à parturiente chá de cominho e alho quimados na aguardente" (p. 56).

"Bucha de côco-de-praia é santo remédio para que cessem as hemorragias" (p. 56).

VIII - Resguardo:

"Após o parto, para um resguardo feliz, a mulher tomará uma xícara de urina de gente, de preferência do esposo". (Campos, 1979: 56).

,"A mulher parida, se comer apenas carne de galinha, não deve mudar de alimentação, sob pena de quebrar o resguardo" (Campos, 1967: 78).

Todas essas "receitas", superstições e crendices, fazem parte da vida do sertanejo, como sendo os recursos mais corretos para sanar os males que o abatem.

O tradicionalismo reforça o uso das mezinhas e sua aplicação se consolida no seio das comunidades interioranas, mesmo que estas venham dispor de assistência médica.

A revisão da bibliografia não nos revelou a existência de grandes questões em torno do assunto. A obstetrícia no meio rural é um tema que há muito pouco tempo suscitou curiosidades no mundo da pesquisa de base antropológica.

O parto domiciliar, como nos foi apresentado através do trabalho de Jirón, não se verificava de forma adequada devido à carência do material necessário a sua execução. Rezendei vai além de Jirón condenando toda e qualquer atividade toco-ginecológica que não ocorra em ambiente com uma infraestrutura previamente montada.

Com o surgimento de novas concepções com relação à conduta de aplicação de mecanismos da saúde na área da medicina comunitária, percebemos o aparecimento de correntes novas que ao invés de preocupar-se em mudar a mentalidade de base terapêutica no meio rural, procuram lançar mão das práticas existentes na tentativa de concorrer para melhorar as condições de saúde das populações.

Detectamos essa procedência nos Projetos de Assistência Materno-Infantil desenvolvidos em alguns municípios do Estado por nós visitados e especificamente em Guaiúba, parte do nosso universo de estudo.

Surge ainda com o trabalho de Paciornik uma nova concepção na arte dos partos, uma outra visão em relação as práticas tocológicas desenvolvidas sem o apoio do aparato tecnológico-obstétrico. Demonstra então o autor, através de estudos comparativos entre grupos de civilizados e índios que o "modus vivendi" da Índia a prepara para o trabalho de parto "não convencional" causando menores sequelas ao seu aparelho reprodu-

tor. Essá valorização da fisiologia dita normal, das formas primárias usadas pelas mulheres no momento dos partos, seria um passo inicial para a renovação de debates entre as várias escolas obstétricas. —

É difícil apontar rumos novos que serão tomados pela obstetrícia nos próximos tempos, mas pode-se afirmar que uma singular atenção vem sendo dispensada no sentido do conhecimento e das formas de valorização do trabalho desempenhado por pessoas não letradas no campo dos partos. São estas, as parteiras, que Rezende considerou responsáveis pelo atraso da obstetrícia durante algum tempo e ainda precursoras de uma arte baseada em credices, feitiçarias e práticas desarrazoadas, que protagonizam junto com as mulheres o universo das práticas obstétricas no meio rural.

Araújo, ao contrário de Rezende, só pode desenvolver o seu programa de cunho materno-infantil em núcleos rurais com a participação direta das chamadas assistentes, parteiras ou ainda as cachimbeiras.

As mezinhas são um testemunho da riqueza na cultura obstétrica dos sertões brasileiros. A atividade das parteiras é freqüentemente baseada no uso de drogas caseiras, no envolvimento com as credices populares e superstições.

Essa multivariada de hábitos populares vem de encontro à complexa e desacreditada, para o povo, medicina científica. Daí as barreiras encontradas para a perfeita execução do trabalho dos médicos no sertão. O popular sobrepuja muitas vezes os tratados em torno dos mais complexos assuntos, mas é através das primeiras práticas, das primeiras formulações em torno de fatos desconhecidos que surgem os grandes questionamentos.

IV - O PROJETO DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL

No sentido de propiciar ao leitor um melhor conhecimento a respeito da realidade do campo, achamos por bem fazer uma rápida explanação do Projeto de Assistência Materno-Infantil que se desenvolve no distrito de Guaiúba, nossa área de análise.

Nosso trabalho deteve-se particularmente no estudo das questões de ordem obstétricas, questões estas intrinsecamente ligadas a área de atuação do projeto.

É interessante ressaltar que este Projeto representa mais do que um simples programa de assistência no meio rural, vez que foi a partir dele que algumas mudanças se operaram no sentido de melhor preparar as parteiras domiciliares para uma prática mais eficiente.

Verificamos, então, que todas as questões concernentes a atuação do Projeto, no Universo de Estudo deveriam ser minuciosamente analisadas. Esta preocupação ocorreu devido ao fato de ser o Projeto responsável pela introdução de novas técnicas na arte dos partos. Sendo assim só seria possível analisar o processo de mudança social se conhecessemos as propostas e a atuação deste Projeto no local indicado.

O Projeto

Trata-se de uma "ação delegada de Saúde" que procura dar uma assistência integrada à mulher em gestação e à criança, proporcionando-lhe condições básicas de crescimento e desenvolvimento sadios. O Programa tem como ponto de apoio a MEAC (Maternidade Escola Assis Chateaubriand). O sistema utilizado para a implantação do programa teve como preocupações básicas:

- Procurar não agredir os valores da comunidade em estudo - inicialmente Guaiúba.
- Verificar as necessidades da Comunidade.

- Entrar em contato com os líderes e autoridades locais.
- Procurar primeiramente atender à faixa materno-infantil, por ser a categoria de maior número na zona rural que busca assistência médica.

A utilização de recursos humanos locais era de extrema importância, pois assim a confiança da população seria mais facilmente conquistada. A partir de então as "parteiras empíricas" foram identificadas, selecionadas e treinadas recebendo fardamento, material apropriado e todo o apoio no momento de transferir casos graves para a unidade de apoio - MEAC.

Vale ressaltar que existe uma nítida preocupação não só com a preservação de valores sócio-culturais da Comunidade, como também uma perfeita convicção da necessidade de aplicação de programas desse tipo, tendo-se em vista a situação conjuntural sócio-econômica do Nordeste brasileiro.

A partir dos resultados obtidos na unidade de Guaiúba o programa se estendeu para Lagoa Redonda, São Gonçalo, Traíri, Combuco, Paracuru e Antônio Diogo.

Verificações a Partir de Contatos com os Informantes

O Projeto de Assistência Materno-Infantil no meio rural, em Guaiúba é um empreendimento que se notabilizou e se consagrou pela receptividade e desempenho da própria comunidade na consecução do Projeto.

Percebemos durante os contatos em campo que muitas das metas colocadas como básicas no documento formal que o apresentava, puderam ser atingidas de forma satisfatória até o presente momento. De acordo com as nossas observações acreditamos que o mérito maior refere-se ao respeito do programa pelas manifestações e tendências populares. Este fato pode ser averiguado quanto a sua atuação em Guaiúba, onde líderes locais e pessoas da comunidade colocaram em andamento todas as condições para o seu perfeito funcionamento.

A prática das parteiras, a partir de treinamento e

orientação do Projeto, sofreram algumas modificações no sentido de um aprimoramento de suas condutas durante o parto.

O Projeto não teve como objetivo modificar a realidade, mas de certa forma desfigurou a prática das parteiras, até então baseada no uso das mezinhas e credices populares.

Apresentaremos alguns depoimentos que caracterizarão as considerações dos moradores locais a respeito da atuação do Projeto ao mesmo tempo que desenvolveremos em um próximo capítulo as questões relativas às mudanças nas práticas obstétricas.

PARTEIRAS:

"Eu acho que é uma garantia, porque se a gente tem um parto difícil, fica nas mãos deles ninguém se prejudica."

"Todo mundo achou bom porque pra correr pra cidade é um problema."

"Importante, eu acho que seja importante, ali tudo é mais fácil, a placenta eu espero uma hora, se passar de uma hora eu mando pra maternidade."

"A maternidade de Guaiúba só tem uma falta, é porque não tem médico ali todo tempo."

MÃES:

"Eu acho muito bom porque qualquer causinho (sic.) aqui não tinha quem resolvesse (sic.)"

"Aqui não tinha maternidade, agora tem, as pobre das mulher acha é bom."

"Tem muita gente que fala daquela maternidade ali, mas eu tive esses menino tudo lá e não tenho o que falar."

"No primeiro dia, logo que a mulher pari, eles tem muito cuidado. Eles levam a comida no quarto e perguntam se a gente tã sentindo dor e vão com a gente dar banho e asseio."

A Maternidade de Guaiúba

A maternidade consta de uma sala de admissão, ambulatório, consultório médico, sala de pré-natal, duas enfermarias, sala de pré-parto, copa/cozinha etc.

A diferença entre as parteiras que trabalham na maternidade e as domiciliares é que as primeiras fizeram curso na MEAC e não realizam parto em casa; e as demais apenas recebem orientações mensais na própria unidade de Guaiúba. Todas as atividades da maternidade são realizadas pelas parteiras: parto, pré-natal, curativos, revisão de parto etc. e a supervisão de uma enfermeira e de um médico no local só é solicitada no caso de dúvidas ou dificuldades.

O parto sempre é realizado por uma parteira e por uma auxiliar, sendo que a parturiente escolhe onde quer ter o seu filho, se no banco ou na cama obstétrica.

A maternidade recebe toda e qualquer pessoa sendo que as que tem FUNRURAL ou são indigentes nada pagam, e as que têm INPS pagam uma taxa pois a maternidade não tem convênio com o mesmo.

Finalmente vale ressaltar que a maternidade foi criada e se mantém através de doações feitas pela comunidade.

ALGUNS DADOS SOBRE AS OCORRÊNCIAS DA MATERNIDADE AMÉLIA ARAÚJO
PINHEIRO DE GUAÍUBA:

Procedência das mulheres que recorrem a maternidade de Guaiúba.
(período: janeiro/outubro de 1980)

PROCEDÊNCIA	MESES	JAN/OUT	
		Nº	%
Itaitinga		16	3,8
Guaiúba		141	33,5
Outros(1)		264	62,7
		421	100,0

FONTE: Livro de Registro da Maternidade Amélia Araújo Pinheiro de Guaiúba.

Na tabela percebemos que a procura à Maternidade de Guaiúba por parte das gestantes de Itaitinga é reduzida. Dentre as causas apontadas pelas informantes a que mais se destaca refere-se a dificuldade de deslocamento à maternidade.

A maior procura por parte das mulheres de Guaiúba à maternidade ocorre devido a proximidade de suas residências.

Os números e os percentuais especificados em "outros" destacam-se quantitativamente dos demais. Tornou-se importante evidenciarmos essa ocorrência por representar o conjunto de todas as localidades que constam no livro de registro, e que são mais próximas à Guaiúba — ou desfrutam de um melhor acesso que Itaitinga.

(1) Pacatuba(sede), Gereraú, Água Verde, Itacima, Itapó, Pavuna.

Freqüência de Abortos, Natimortos, Falso Trabalho de Parto, Nascimentos e Transferências na Maternidade de Guaiúba

(período: Janeiro/Outubro de 1980)

MESES ESPECIFICAÇÕES	JAN/OUT	
	Nº	%
Abortos ¹	30	6,4
Natimortos	10	2,1
Falso Trabalho	37	7,9
Nascimentos	275	58,8
Transferências ²	116	24,8
T o t a l	468	100,0

FONTE: Livro de Registro da Maternidade Amélia Araújo Pinheiro de Guaiúba.

Na tabela acima percebemos que o número de abortos é bastante baixo: 6,4%, considerando-se que este percentual se refere ao período de 10 meses. O mesmo podemos dizer do número de natimortos: 2,1%. Quanto ao registro de Falso Trabalho de Parto observa-se que, do total de entradas na maternidade, 7,9% das mulheres não chegaram a parir uma vez que não entraram realmente em trabalho de parto.

Já o registro de nascimentos, que se refere a partos normais acusa um percentual de quase 60%. Ressaltemos também o relativamente alto percentual de transferências (24,8%) que indica o despreparo das parteiras locais para lidar com casos mais difíceis. Por outro lado, representa um aspecto positivo com relação à segurança das parturientes, vez que elas (parteiras) não arriscam a vida daquelas.

(1) Aborto: considerado até o 5º mês de gestação.

(2) As transferências de casos difíceis são feitas da Maternidade de Guaiúba para a MEAC ou outro hospital ligado ao projeto.

Transferências Hospitalares Segundo a Localidade:

LOCALI- DADES MESES	ITAITINGA						GUAÍÚBA					
	TRANSF.		Ñ TRANSF.		TOTAL		TRANSF.		Ñ TRANSF.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
JAN/OUT	6	33,3	12	66,7	18	100,0	41	25,0	117	74,0	158	100,0

FONTE: Livro de Registro da Maternidade Amélia Araújo - Guaiúba.

Consideramos interessante apresentar o quadro indicador das transferências hospitalares, no sentido de proporcionar ao leitor uma idéia da capacidade que tem a maternidade em atender a todos os casos que a ela recorrem.

Percebemos nitidamente que os percentuais de não transferências, sendo 66,7% em Itaitinga e 74,0% em Guaiúba, indicam a capacidade de atendimento que tem a maternidade Amélia Araújo. A maior parte dos casos que nesta dão entrada são solucionados no próprio local.

As transferências ocorrem somente quando trata-se de caso, no qual a infraestrutura material e pessoal são insuficientes para a aplicação, do tratamento médico indicado

A Frequência de Acompanhamento Pré-Natal Segundo as Localidades

LOCALIDADE PRÉ-NATAL	ITAITINGA		GUAÍÚBA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FEZ	1	0,7	137	99,3	138	100,0
NÃO FEZ	15	45,5	18	54,5	33	100,0

FONTE: Livro de Registro da Maternidade Amélia Araújo, de Guaiúba.

Percebe-se através dos dados acima o desnível existente entre as mulheres que realizam pré-natal nos dois muni-

cípios em questão. Em Itaitinga 0,7% realizaram o pré-natal enquanto que em Guaiúba 99,3% submeteram-se a este exame.

Esta realidade verificada através dos dados aqui apresentados pode ser explicada se levarmos em conta o fato das mulheres de Itaitinga morarem bem mais distantes da maternidade, e as dificuldades destas no que se refere a transporte e a disponibilidade de tempo.

Sendo assim justifica-se uma maior procura deste exame por parte das mulheres de Guaiúba.

Posições de Partos Realizados na Maternidade de Guaiúba

MESES	BANCO		CAMA		REDE		CARRO		CHÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
JANEIRO/JUNHO	115	63,9	63	35,0	-	-	01	0,55	01	0,55	180	100,0
JUNHO/OUTUBRO	33	30,3	73	67,0	02	1,8	01	0,9	-	-	109	100,0

FONTE: Livro de Registro da Maternidade Amélia Araújo, de Guaiúba.

Através da leitura da tabela verificamos uma nítida diferenciação entre a posição mais adotada pelas mulheres nos dois semestres acima discriminados. Durante o primeiro semestre o banco foi o mais procurado, sendo registrado neste período um percentual de 63,9%. No início do segundo semestre foi introduzida nesta maternidade uma cama-vertical, que proporciona a parturiente no momento do parto uma posição semi-inclinada, assemelhando-se a vertical.

Percebe-se portanto que no segundo semestre surge uma nova situação onde 67% das mulheres passam a optar pela cama, no caso a vertical. Podemos então concluir que a posição vertical é a de todas a mais utilizada no momento da parturição, pois mesmo quando há uma procura pela cama, isto ocorre devido a sua semelhança com a posição adotada quando o parto realiza-se no banco.

V - METODOLOGIA

Objetiva-se neste estudo o conhecimento das práticas obstétricas utilizadas no meio rural cearense sob seus aspectos sócio-cultural e antropológico. Abordaremos neste contexto a questão da assistência ao parto, numa seqüência que nos pareceu lógica, uma vez que segue todas as fases, antes - durante - depois do parto.

1 - Escolha do local

Dentro do município de Pacatuba, onde atua o Projeto de Assistência Materno-Infantil, realizou-se a escolha dos dois locais distintos para a verificação empírica da questão. Partimos do pressuposto de que a realidade de Guaiúba, por ser esta cidade provida de maternidade, diferia de alguma forma da situação da obstetrícia em Itaitinga. Pretendíamos realizar um estudo comparativo onde pudéssemos contrapor diferenças qualitativas nas práticas obstétricas dos dois locais. Guaiúba, a partir de nossa hipótese, teria em sua maioria mulheres realizando pré-natal, dirigindo-se a maternidade, estando, portanto, mais próximas de técnicas mais avançadas. Em Itaitinga, pela carência de local apropriado, elas teriam os seus filhos em casa, com as parteiras, estando, portanto, em contato com práticas obstétricas caracterizadas pelo saber "não-científico", pelas concepções empíricas. Mas nada disto ocorreu. A realidade de Itaitinga, por ser esta cidade muito próxima à Messejana e Fortaleza, pouco se distinguia daquela detectada em Guaiúba. Resolvemos então abandonar o estudo comparativo e tentarmos, como já ficou explícito na apresentação deste trabalho apenas retratar a situação atual da obstetrícia nessas cidades e traçar a evolução desta em tempo hábil de verificação.

2 - Os Dados

Em meados de julho de 1980 estabelecemos contato com

o Dr. Galba Araújo — Diretor da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e coordenador executivo do Projeto de Assistência Materno-Infantil — e com o Secretário de Cultura — Dr. Eduardo Campos, para uma discussão sobre o desenvolvimento da pesquisa. Em seguida iniciamos nossa maratona visitando a Biblioteca Setorial de Ciências da Saúde, a Biblioteca da Faculdade de Ciências Sociais, a Biblioteca da Sudec, entre outras, identificando e selecionando o escasso material existente sobre o assunto. Como fonte preliminar de informações, nos foram bastante úteis os textos cedidos pela SAMEAC sobre todas as observações feitas a partir da atuação do Projeto. Outra importante fonte de consulta foram os livros raros do acervo particular do Dr. Eduardo Campos.

Objetivando um melhor desempenho no campo de pesquisa lemos alguns textos sobre metodologia da pesquisa tais como: a conduta do pesquisador no campo, as técnicas de pesquisa existentes, os métodos de amostragem, etc. Percebemos então que um trabalho de cunho antropológico, tratando especificamente de práticas obstétricas não científicas, só poderia ser efetuado através da **observação participante**. Teríamos que conhecer o universo de análise e suas questões para que pudessemos retratar o mais fielmente possível o nosso foco de investigação. Esse conhecimento do processo somente poderia ser realizado através de contatos diretos e não formais com os atores. Algo que facilitou sobremaneira o nosso trabalho de campo, foi a vantagem de sermos mulheres. A empatia e confiança rápida que conquistamos se deveu muito a esta condição.

Após as leituras e fichamento da documentação arrolada, sentimos a necessidade de manter um contato com as localidades que seriam estudadas. Assim, fizemos primeiramente uma visita à sede do município de Pacatuba e lá procuramos todos os estabelecimentos que prestam serviços de saúde. Visitamos a Sociedade de Proteção a Saúde de Pacatuba — Clínica Dr. Jeanir Fontenele — o Posto de Puericultura onde também funciona o Projeto Gastroenterite (UFC/Universidade de Virgínia - EUA) e o Posto de Saúde do Estado. Em cada estabelecimento colhíamos informações sobre o funcionamento, sistema de atendimento, condições físicas, etc., e muitas dessas informações nos

deram condições de formarmos um quadro sócio-cultural da região. Em seguida fomos ao açude onde fizemos um contato bastante informal com as mulheres que lá se encontravam lavando roupa. Este diálogo transformou-se num apanhado de pistas para a elaboração do roteiro de entrevistas.

Participamos também, de 7 a 9 de agosto de 1980, de um seminário sobre atenção Primária da Saúde patrocinado pela Universidade Federal do Ceará, INAMPS, e Secretaria de Saúde, que teve como objetivo a análise dos aspectos fundamentais da atenção primária de saúde e suas implicações na região do Nordeste brasileiro.

Levamos o restante do mês de agosto na organização e redação da revisão da literatura.

No dia 5 de setembro voltamos a campo. Desta vez fizemos uma visita de reconhecimento em Guaiúba na tentativa de familiarizarmo-nos com os aspectos físicos, econômicos e sociais da cidade. O mesmo fizemos em Itaitinga.

O documento básico do nosso trabalho se constituiu dos relatórios referentes a cada visita (diário de campo), onde registramos as observações e informações colhidas, os nossos próprios comentários e interpretações particulares, em fim todas as ocorrências.

No início passávamos apenas uma hora em campo, para que as informações pudessem ser registradas da forma mais completa possível. Esse espaço de tempo, a partir da terceira visita foi-se alargando, até completar o total de três horas. Alternamos os horários de nossa ida e os dias, para que conhecêssemos melhor os hábitos e costumes da população. A determinação dos horários de visita acontecia devido a preocupação que tínhamos na elaboração dos nossos relatórios de visita ao campo. Preocupávamo-nos não com a quantidade dos dados mas com a qualidade destes, que só seria atingida com a mais legítima descrição do material.

Permanecemos, no total, 62 horas em campo e destas foram dispendidas 45 horas em entrevistas e o restante em observações e visitas de reconhecimento. Fizemos um total de 195 páginas de relatórios de campo.

Através do contato com uma parteira, identificada ocasionalmente, soubemos onde moravam as demais e assim fomos formando, a cada visita, um croquis das casas percorridas, para um melhor controle do nosso movimento local.

Realizamos 9 visitas a Guaiúba e 8 a Itaitinga, perfazendo um total de 17 viagens. Em torno da sétima visita, resolvemos nos afastar temporariamente do local e fazermos um levantamento do material colhido, a fim de ordenarmos nossas idéias e estabelecermos prioridades em relação a questões mais significativas.

Efetuamos duas visitas à maternidade de Guaiúba, onde colhemos importante material no livro de registro, que será expresso na forma de tabelas. Fizemos ainda uma visita à maternidade de Antônio Diogo e Aquiráz, também vinculadas ao Projeto de Assistência Materno-Infantil.

3 - Os Procedimentos de Amostragem

A população estudada perfaz um total de 32 pessoas, sendo 9 parteiras e 23 mães. Em Itaitinga conseguimos entrevistar quase 100% das parteiras locais; já em Guaiúba só conseguimos identificar 3 das domiciliares¹, as outras 4 trabalham na maternidade. A amostra foi montada gradualmente, pois como já ressaltamos, a partir de uma pessoa conseguimos entrar em contato com as demais. As parteiras foram entrevistadas duplamente, pois estas além de terem os seus filhos, congregam experiências de partos de outras mulheres. Assim sendo, as entrevistas com mães atingiu o total de 30.

A amostra incluiu mulheres entre 20 e 73 anos. As conversas com as mulheres mais velhas eram sempre mais longas, pois tínhamos o interesse constante de fazê-las relatar técnicas obstétricas que já estavam entrando em desuso.

Percebe-se portanto que não houve uma determinação prévia do tamanho da amostra. Esta formou-se aleatoriamente, constituindo-se a partir do conjunto das informações colhidas.

(1) domiciliares - fazem parto em casa.

'Os instrumentos de coleta de dados foram basicamente: a entrevista e a ficha de observação. Essas técnicas nos pareceram as mais indicadas para a realização de um trabalho de caráter etnográfico.

A pesquisa de campo realizou-se em setembro e outubro de 1980, e o espaço físico percorrido nas duas localidades - Guaiúba e Itaitinga - está registrado nos mapas a seguir (42 e 43).

4 - A Entrevista

Os primeiros contatos que mantivemos em campo nos forneceram subsídios para elaborar um roteiro com as questões básicas que deveriam ser colocadas para as parceiras e as mães.

No desenrolar da pesquisa novos entrevistados também contribuíram com questões que passaram a fazer parte do roteiro nas entrevistas seguintes.

Voltamos, sempre que necessário, a reativar contato com as informantes a fim de complementar e explicitar assuntos.

As entrevistas foram feitas nas residências. Mesmo quando as pessoas eram abordadas nas ruas, nos chafarizes ou próximas as suas casas éramos logo convidadas para suas casas, a entrar e sentar. De início explicamos o propósito de nossas idas freqüentes à cidade. Apesar dos esclarecimentos feitos, fomos freqüentemente confundidas com médicas ou pessoas ligadas ao Projeto de Assistência Materno-Infantil. Não tivemos nenhum problema de hostilidade por parte das pessoas abordadas, pelo contrário, elas se mostraram entusiasmadas e satisfeitas com a nossa visita.

As entrevistas duravam uma hora, hora e meia dependendo da quantidade de informações fornecidas por cada pessoa.

Não houve nenhum constrangimento por parte das informantes diante do fato de anotarmos simultaneamente o relato destas. Isto se fazia importante e necessário, pois elas definiam muitas coisas com um linguajar próprio, e a riqueza de ex

pressões, era de extremo valor para o conteúdo e relevância deste trabalho.

5 - Codificação e Análise

No mês de novembro de 1980, iniciamos a tarefa de codificação. Primeiramente numeramos todas as páginas dos nossos relatórios de campo, onde encontravam-se registradas as entrevistas e observações. Em seguida catalogamos os vários itens contidos no roteiro de entrevistas e colocamos as referidas páginas em que cada item seria encontrado. Os relatórios foram lidos cuidadosamente pelas duas pesquisadoras, e cada uma xerocou o material da outra, já que a divisão dos assuntos, para efeito de monografia, exigia uma redação individual. Isto não significou um corte ou uma separação estanque dos itens. Respeitamos nesta divisão primeiramente a lógica e coerência, e em segunda instância nossas tendências e interesses. A partir da relevância evidenciada no material de campo escolhemos as seguintes temáticas: pré-parto, posição, a prática das parteiras, amamentação, crendices, rezas e mezinhas, etc.

Nossos encontros e discussões nesta fase foram altamente satisfatórias.

Durante o mês de dezembro de 1980, até meados de janeiro de 1981, nos dedicamos à fase de redação.

VI - CARACTERIZAÇÃO DAS REGIÕES

Localização e Situação — A cidade de Guaiúba — distrito de Pacatuba — situa-se a 46 km de Fortaleza ficando entre a sede do município e o distrito de Água Verde. O acesso a Guaiúba é feito através da estrada Estadual CE-021 e logo nos vemos dentro da cidade pois esta se localiza às margens da estrada tendo como pano de fundo a serra da Aratanha.

Podemos dizer que a rodovia e a estrada de ferro Baturité repartem em bandas a cidade ficando parte desta à direita e outra a esquerda.

Do lado esquerdo (de quem vai), logo visualizamos um abrigo rodoviário e, confrontando com este, na parte de trás existe um bar, um mercado, a sede da CAGECE, armarinhos e residências. O local é bem arborizado. As residências situadas nos arredores próximos à rodovia são de tijolo, pintadas e de boa aparência. Também as ruas nessa área são calçadas. A medida que vamos penetrando na cidade descobrimos as casas mais pobres, casebres de barro, e as ruas passam a ser de terra batida. Aqui ou ali é que surge uma casinha pintada.

Neste lado encontram-se os principais pontos da cidade: A Igreja em frente a uma praça, o Parque Infantil Teixeira Rodrigues, o Serviço de Proteção à Saúde de Pacatuba Dr. Jeanir, a Secretaria de Administração, o Cartório, duas escolas: Escola Municipal de Pacatuba e Escola Manoel Baltazar — SENEK, a Maternidade Amélia Araújo Pinheiro, o mini posto infantil, o clube de Mães, o Posto de Saúde do Estado, e a Colce. Esta parte da cidade, embora não impressione os visitantes por qualquer traço de beleza visual é o lado mais privilegiado da cidade; encontram-se as melhores casas e os serviços de maior necessidade da população. Ao atravessarmos o trilho, passamos para o lado que está à direita da rodovia. Esta área é mais pobre, as casas são na maioria de taipa, uma ou outra é que tem uma frente de tijolo, pintada. Há pouquíssimas ruas calçadas, predominam as de terra batida e estas são muito irregulares.

Margeando a estrada de ferro encontra-se a Estação

Ferrovialria de Guaiuba, a Subdelegacia de Policia e um chafariz.

Quanto ao abastecimento d'agua podemos averiguar que a maior parte da populacao nao dispoe de agua encanada, dado o movimento que observamos nos chafarizes e torneiras publicas.

Algo que nos chamou muita atencao foi o fato de encontrarmos na cidade um grande numero de crianas trabalhando, e todas elas em "servico pesado"; um grupo trabalhava colocando calçamento em um beco, mais adiante encontramos outras realizando servico de construcao.

Existe tambem neste lado um rio onde as mulheres costumam lavar roupa. O acesso a este e um tanto dificil (para automoveis), o caminho e estreito, muito cheio de buracos, com passagens ingremes, deserto e distante uns 2 km da cidade. No percurso observamos quao seca encontrava-se a regioao, verde apenas o mangue que estendia-se ao longo do leito do rio. Estranhamos que as mulheres percorram tao longo caminho, com trouxas na cabeça, para lavarem suas roupas.

Condições de Atendimento à Saúde - Guaiuba e uma cidade privilegiada neste aspecto, uma vez que conta com uma Maternidade, um mini-posto infantil (ao lado da Maternidade) onde funciona a parte de vacinacao e atendimentos em geral para crianas e adultos, o Servico de Protecao a Saude e um Posto de Saude do Estado/Prefeitura, onde sao executados os atendimentos de urgencia, vacinacao e clinica geral. O medico atende 3 vezes por semana mas o posto esta aberto todos os dias para vacinacao, curativos, etc. Qualquer pessoa pode ser atendida, nao precisa ser vinculada a instituicoes de previdencia. O sistema de atendimento e por ordem de chegada.

Ao lado do Posto encontra-se um predio muito velho com uma placa que mal podiamos ler: Associao de Protecao a Maternidade e a Infancia de Guaiuba. O predio estava fechado, abandonado, quase que totalmente deteriorado. Posteriormente, atraves de informacoes, tomamos conhecimento de que aquele fora construido ha muitos anos para ali funcionar uma maternidade, e por questoes de ordem politica nunca havia entrado em funcionamento.

Aspectos Sócio-Econômicos - Devido ao pouco tempo de estadia em campo e ao contato com apenas 19 informantes locais não podemos dizer ao certo qual a atividade masculina que predomina na região. Detectamos através de algumas informações que os homens exercem, basicamente, atividades ligadas ao setor primário da economia, entre elas a agricultura e a pesca. Uma parte exerce funções bastante diversificadas: construção civil, serviços burocráticos, ou trabalhos por conta própria, etc:

O nível de renda populacional nos pareceu baixo. Isso levando-se em consideração a aparência das habitações, as condições do comércio, onde predominam apenas pequenas mercearias ou as chamadas "bodegas", e a quase inexistência de estabelecimentos industriais. A escassez de atividades ligadas ao ramo do lazer é também um dos indicadores que atestam a baixa renda populacional. Em Guaiúba não existe cinema, teatro, clubes ou similares.

Outro aspecto que caracteriza o baixo nível de renda é a não existência na cidade de edificações de tutela estadual ou municipal de grande porte. Os estabelecimentos administrativos não se diferenciam da arquitetura apresentada pela maior parte das habitações.

Dentro das questões de ordem econômica podemos ressaltar uma ocorrência de bastante relevância: quase todas as mulheres na cidade trabalham com bordado, e isso em muito maior escala no lado esquerdo da cidade. Pessoas do local ou ainda vindas de Fortaleza, funcionam como intermediárias entre as bordadeiras e o comércio das mercadorias.

A peça do vestuário predominante no trabalho de bordado é o blusão, a fazenda - o algodão, e o bordado - o ponto de cruz. O preço - a linha sendo do intermediário - varia entre Cr\$ 70,00 e Cr\$ 100,00 e o tempo gasto para confecção de uma peça efetuar-se entre um a quatro dias. Um fato interessante é que até as crianças, a partir de 8 anos, realizam os seus bordados com remuneração. Esta atividade não é recente no local pois algumas de nossas informantes, as mais idosas, quei-

xavam-se, da vista cansada e responsabilizavam a prática do bor dado pela dificuldade de visão.

Acreditamos que esta atividade manual seja desempenhada em maior escala no lado esquerdo da cidade pelo fato de lá se encontrarem todas as atividades comerciais do distrito.

LOCALIZAÇÃO E SITUAÇÃO

Itaitinga situa-se a 29 km de Fortaleza e fica a 20 min de Messejana. A estrada que lhe dá acesso é a BR-116 podendo-se também ir pela CE-021 e tomar uma estrada que leva até lá, embora esta seja de difícil acesso. Ao lado da BR visualizamos as placas de entrada para a cidade. Uma entrada nos leva ao subúrbio e outra ao núcleo central de Itaitinga. A primeira entrada é de piçarra, e muito irregular. Nos arredores observamos muitos casebres espalhados e uma ou outra bode ga. Neste percurso podemos perceber que existem grandes síti os ou ainda casas com amplos terrenos circundando-as.

O cenário da cidade é significativamente marcado pela presença de duas pedreiras, são elas: Britaleza e Itapedra. Ambas são de grande porte e o tráfego da cidade é bastante conturbado devido à presença incessante de caminhões transpor tadores de pedras. Junta-se a este o movimento decorrente de uma fábrica de asfalto. O pó que se desprende das pedreiras faz com que as casas permaneçam sempre com suas janelas e por tas fechadas, e que apenas um pequeno número de pessoas andem pelas ruas.

Ao chegarmos à cidade propriamente dita através da primeira entrada avistamos uma grande quadra, como se estivesse preparada para construção de uma praça com homens quebrando enormes blocos de pedra. Ao lado dessa quadra encontra-se o grupo municipal Antônio Cavalcante Rangel - PMP, à esquerda o Centro Educacional 8 de Outubro - CNEC e o Posto de Saúde de Itaitinga. Logo adiante há um supermercado, farmácia, o Serviço de Proteção à Saúde - Dr. Jeanir, muitos bares, o Centro de Abastecimento Rodolfo Pereira Cavalcante, a Igreja em frente a uma pracinha e a Padaria São Vicente.

Se penetrarmos na cidade através do trajeto mais comumente usado, a segunda entrada - asfaltada, encontraremos o

cemitério, a Coelce, a Assembléia de Deus e casas grandes de cimento, pintadas.

A cidade, segundo informações de uma vereadora local, é maior que a sede do município, Pacatuba. De acordo com nossas observações Itaitinga oferece péssimas condições de moradia, pois nossos informantes quase sempre queixavam-se do pó e do barulho provocado pelas pedreiras.

Condições de Atendimento à Saúde - Ao que nos pareceu, a cidade é um pouco carente de serviços públicos. Com exceção do pequeno Posto de Saúde do Estado e do Serviço de Proteção à Saúde, não tivemos notícia de quaisquer outras instituições.

Quanto ao Posto de Saúde ouvimos muitas queixas devido às enormes filas que se formam desde a madrugada e o pouco tempo disponível pelo médico para atender tanta gente.

Não existe maternidade em Itaitinga; quando as pessoas não procuram as parteiras locais se deslocam para Messejana ou Fortaleza.

Mesmo as parteiras que estão vinculadas ao Projeto, em caso de dificuldades ou complicações com parturiente, procuram a Maternidade de Messejana ou a Maternidade Escola em Fortaleza, deixando de lado a possibilidade de conduzi-la para a Maternidade de Guaiúba - pois são orientadas para tal - devido às dificuldades de transporte e o difícil acesso.

Aspectos Sócio-Econômicos - Grande parte da população tem como ocupação o trabalho nas pedreiras, ou mesmo em suas próprias casas onde os membros da família realizam em conjunto esta atividade: quebrar pedra.

Adultos e crianças quebram pedras com instrumentos e uso de técnicas mais rudimentares existentes para a prática do ofício.

Ao indagarmos de uma autoridade local o por que e como iam parar os estoques de pedra ao lado das casas, esta nos respondeu: "estas pedras são doadas pela pedreira, são restos de cascalhos que não são mais aproveitados; as famílias quebram estas pedras e vendem-nas, não remetendo nenhuma parcela do lucro obtido às pedreiras".



Uma informante nossa que trabalha juntamente com membros de sua família nesta atividade, no terreno de frente de sua casa, nos informou: "Eu vou na pedreira e compro uma carada de entulho por 800,00 e o caminhão vem deixar na porta".

O trabalho realizado no próprio domicílio, obedece ao seguinte processo:

- descaroçar, ou seja, tirar as alvenarias que vêm em cima;
- catar a "metraia" (uma pedra maior);
- peneirar o concreto e o pedrice. (pedras menores);
- medir e fazer as "ruminhas" para vender.

A areia que fica eles dão ou ajeitam a rua em frente de casa.

A informante nos disse: "o comprador, o Neguinho, compra 50 latas por Cr\$ 500,00 e revende em Fortaleza por Cr\$ 1.000,00, "nós trabaia e eles é que ganha".

Os instrumentos de trabalho são:

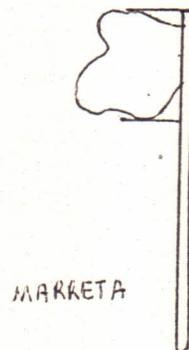
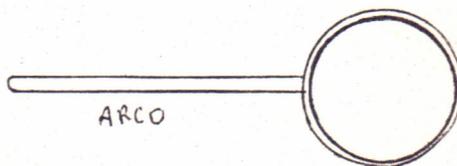
- 1 garfo grande - para medir;

BII/URG

- ,- marreta - para quebrar;
- aro - para metragem e puxar;
- carrinho de mão, 4 tipos de peneira, banquinhos e uma proteção contra o sol feita de palha (eles se deslocam com ela).

Uma outra informante nossa, parteira, tem como ocupação principal o seu trabalho na pedreira. Fomos - para que pudessemos entrevistá-la - buscá-la no seu local de trabalho. O lugar realmente nos impressiona à primeira vista; a paisagem assemelha-se à de outro planeta, com uma grande dificuldade de visão provocada pela poeira, bastante barulho e um calor abrasador. Todas as pessoas trabalham bem dispersas uma das outras, de forma individual.

A nossa informante era a única mulher que se encontrava trabalhando no local; disse ela ser proibido por lei a atuação de crianças e mulheres nesse tipo de serviço. Soubemos que qualquer pessoa pode chegar lá e trabalhar sem a necessidade de estabelecer vínculos empregatícios. A pessoa vai no dia que quer e não há horário de trabalho. Ganham por produção, cada lata custa Cr\$ 5,00. Os instrumentos de trabalho - o arco e a marreta, pertencem a cada um; a firma só fornece um instrumento para os homens - o marreco: é um tipo de marreta grande. Apesar da instabilidade do trabalho e das péssimas condições, nossa informante está nessa atividade há 19 anos e diz que prefere trabalhar lá porque em casa se "empalha" muito e produz menos. Ela trabalha em média 6 horas por dia e consegue fazer Cr\$ 250,00 ou Cr\$ 300,00 por semana. Diz ela que de vez em quando é acometida por tosse e vômitos, toma então alguns remédios e volta ao trabalho.



A outra atividade que as mulheres se dedicam é o bordado - as blusas com pontos de marca. Assim falou uma de nossas entrevistadas: "aqui todo mundo borda". Acreditamos que a restrita convivência com o trabalho extra-doméstico a que es-

tã acostumada a mulher no meio rural vem explicar a freqüência desta ocupação com o bordado, por ser esta atividade realizada sem a necessidade da mulher sair de casa para trabalhar.

Estas foram as observações colhidas, por nós, durante o espaço de tempo em que realizamos o nosso trabalho de campo preliminar.

SEGUNDA PARTE

(1) - O termo "assistente de mesa" também foi empregado para referir-se às "repositoras", primeiras práticas ou "curiosas".

VIII - O PARTO

Com o objetivo de dar uma idéia de como se realiza o parto no meio rural tendo como ponto de partida o trabalho das parteiras "curiosas" ou "cachimbeiras", (1) desenvolveremos as seguintes fases:

- 1 - pré-parto ou período em que as "parteiras" utilizam o seu saber e sua experiência prática entremeados de "receitas" passadas de geração em geração para apresssar as dores e ajudar a parturiente a expulsar a criança;
- 2 - posição da parturiente na fase de expulsão, saída da placenta, cuidados com o umbigo;
- 3 - cuidados pós-parto com parturiente e a criança.

Procuramos investigar mais a fundo a prática das parteiras antes de terem adquirido qualquer reciclagem. É certo que em determinados momentos elas relatavam sua atuação dentro da realidade atual, e isto nos possibilitou o estabelecimento de um paralelo entre a prática primária, leiga, desvinculada de conhecimentos e explicações científicas e a prática revestida de ensinamentos teóricos e práticas formais.

1 - O PRÉ-PARTO

Logo ao chegar à casa da parturiente, a "parteira" verifica se já está próximo ou não o momento de expulsão através da **intensidade das dores**. Em seguida ela dá um banho morno ou meio-banho, não só com o intuito de propiciar asseio, como também para "espertar a mulher", ou seja, para reanimar-lhe as forças. As "parteiras" entrevistadas, na sua maioria aconselham as parturientes a caminharem no período das contrações. Vejamos como explicam o fato:

(1) - O termo "assistente do mato" também foi empregado para referir às "cachimbeiras", parteiras práticas ou "curiosas".

"Eu mando as mulher ficar andando, é bom andar porque quando vem aquelas dô, ajuda a descer". (Parteira)

"andar é bom porque o menino procura o lugar de nascer". (Parteira)

Observamos também outros costumes curiosos sobre a conduta da parteira denominada também de "assistente do matô". Vejamos o depoimento de uma informante:

"Eu morava na serra Azul, era matô; tive três filhos lá com assistente do matô, essas mulher que ajuda, as cachimbeiras. Ela mandava me pendurar nas cordas, andar de quatro pés até vir a hora". (mãe)

A espera paciente por parte das "parteias" é uma forte característica da sua atuação. Elas passam um dia inteiro, ou toda à noite esperando chegar a hora, e nesse interim cercam a parturiente de carinho e cuidados, aliviando seu cansaço com algum chá ou procedendo com massagens e caldos com o intuito de apressar suas dores e assim atenuar o período de sofrimento. São muito freqüentes as fricções de óleo doce ou alcôol na barriga, a ingestão de caldos quentes, principalmente o de pimenta-do-reino bem ardoso, o chá do leite de girgilin ou café amargo com manteiga derretida, com o objetivo de apressar as dores e a criança nascer logo.

Os seguintes depoimentos ilustram bem a conduta da "parteira" na casa da parturiente:

"Eu espero, dou um chá, um caldo, até chegar a hora". (Parteira)

"A primeira coisa que eu fazia era passar as mãos nela, fazia caldo de pimenta-do-reino e dava a ela". (Parteira)

"Quando tá com dorzinha fraca toma o chá de

pimenta-do-reino e a dor se dana. A assafrão pra mim é mesmo que uma injeção, acelera a dor". (parteira)

"Preparei meio copo de leite com uma colher de óleo de rícino e gergelin pisado, pra apressar a delatação". (parteira)

"Perto da criança nascer, se as dor são fra-ca, eu dou uma injeção de óleo acanforado, que ajuda a apressar". (parteira)

"Eu tomava leite de gergelin que as assisten-te davam, diz elas que era pro menino nas-cer ligeiro e passar as dor grande, aí o parto era mais ligeiro mesmo". (mãe)

Na fase de expulsão a assistência da parteira "cu-riosa" também é registrada. Vejamos como esta se dá pelas ver-balizações que vêm a seguir:

"Quando a mulher tã naquelas força, quando a cabeça começa a croã, (1) eu adjutório (2) ela; eu ajudo, empurro a mão nos quadril, faço deligência que é prã vir ligeiro". (Parteira)

"Eu amarrava uma toalhinha aqui no pē do es-tomago e a mulher fazia força". (parteira)

"Quando ela já tã nas força, eu boto um pano entre a vagina e o reto, e fico empurrando pra ajudar; a outra mão eu boto em cima da barriga e seguro ela". (parteira)

"Quando a criança apontava a cabeça, a "par-

(1) - "Croã" = coroar.

(2) - "adjutório" = ajuda.

teira" ia aconchegando aqui, acolá, pra criança sair ligeiro". (mãe)

A partir destes relatos podemos perceber o quanto a parturiente é amparada e assistida pela "parteira" em todos os momentos do parto. É bem verdade que dada a distância que muitas vezes uma parteira percorre até chegar à casa onde foi solicitada, seu trabalho passa a ser somente o de aparar a criança, (1) isto quando ela não chega no momento de executar o corte do cordão umbilical. Mas as situações em que as "curiosas" desempenham uma total assistência à parturiente repetem-se sucessivamente na maioria das entrevistas.

Além da assistência ao parto registramos alguns casos em que as parteiras auxiliam nos serviços da casa, lavando uma roupa ou fazendo o almoço:

"Quando posso lavo uma roupa pra ela"

"Se ela não tiver quem faça o almoço eu faço, se tiver eu venho embora"

Elas fazem estes serviços, por caridade, e justificam: *"ela é tão pobre quanto eu, né?"*.

2 - A Posição na Fase de Expulsão

Visando abordar a questão da posição que a parturiente assume na fase de expulsão, procederemos com uma confrontação de depoimentos das "mulheres" e das "parteiras":

Mães:

"Eu acho que deitada não ajuda" (mãe, 32 anos)

"Sô tive dois deitada na rede, mas eu achava melhor sentada, porque ajuda a sair mais de pressa".

(1) - "aparar a criança" ou "aparar menino" = exercer a atividade de parteira.

"Eu acho melhor na rede, a gente fica mais apoiada" (mãe, 56 anos)

"Quando a assistente chegava preparava o tamboretinho; ela pegava o tamboretinho baixo, sem guarda sem nada, forrava e ajeitava todo. Eu achava melhor ter sentada porque o menino e o "negôcio descia mais rápido". (38 anos)

"Eu tinha na cama, meia sentada, me segurando nas grade da cama por trás". (29 anos)

"Tive na rede, no banco; os primeiro eu tive sentada numa pedra forrada de pano e meu marido me segurava por trás" (mãe, 51 anos)

"Sô tinha em banco, a "parteira" dizia que facilitava, a mulher não esmorecia". (mãe, 46 anos)

"Tive um no assento e os outros na cama. Eu acho melhor na cama, tem mais jeito; eu pego na grade e faço força, mas não penduro as perna como em hospital não". (mãe, 38 anos)

Parteiras:

"Eu faço na cama ou na rede; forro bem e fico confronte a mulher; no assento forro o banco e o chão e aí aparo o menino. É do jeito que elas quiserem". (63, anos)

"Eu acho melhor na cama, facilita pra mim; pras mulheres, elas acham melhor na rede. porque segura por trás e faz força". (63, anos)

"Eu faço no assento, na rede, como queira". (53 anos).

"Assisto na rede, na cama, no chão, sô nunca assisti em banco, eu não gosto, é muito ruim". (53 anos)

"Na rede eu faço uma rodilha de pano e coloco debaixo das nãdegas para facilitar os movimentos e ponho um pano nas costas pra mulher ficar apoiada, porque a rede é muito funda e dificulta". (42 anos)

"Eu faço na cama, na rede, no banco. Acho melhor fazer na cama, porque no banco a gente precisa ficar segurando a mulher aqui pelas pernas; mas tem mulher que acha melhor ter no banco porque diz que ajuda nas forças". (48 anos)

"Assisto na rede, na cama, no banco, onde a mulher achar melhor. Eu tenho mais jeito na cama, mas pra nascer ligeiro é melhor no assento e pra mulher também é melhor porque já tá no jeito". (49 anos)

"Faço na rede ou no assento, como quiser. No assento é melhor, corre mais ligeiro, a mulher fica mais relaxada". (45 anos)

"A posição não é a mulher mais que diz, quem diz é a pobreza; não é todo mundo que pode comprar uma cama não'." (40 anos)

Percebemos então, a partir das verbalizações, que a posição assumida pela parturiente depende basicamente da sua vontade e conveniência.

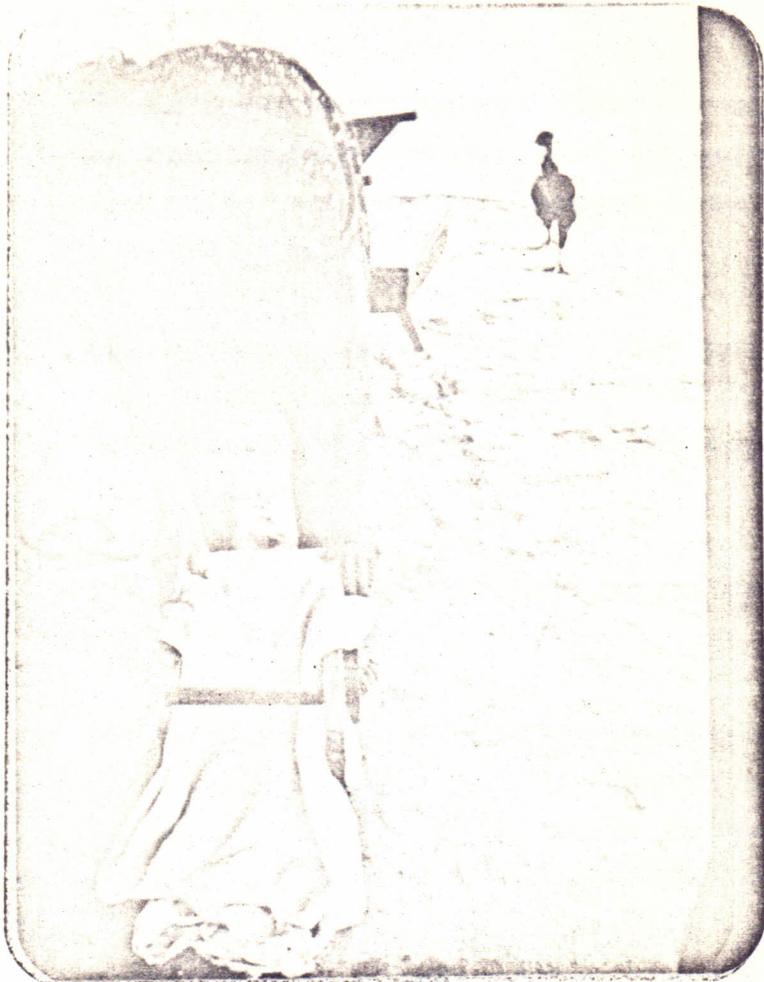
A condição econômica, a determinação da "parteira" — caso esta não goste de fazer o parto em determinada posição — juntamente com os hábitos e costumes das parturientes, formam o quadro determinante da postura na assistência obstétrica domiciliar.

, Quando diretamente interrogadas — mulheres e parteiras — a maioria já experimentou mais de uma postura: rede e cama, cama e assento ou rede e assento, mas vale salientar que quando optaram pela cama, as mulheres não ficavam totalmente deitadas e sim semidetaidas (sentada e reclinada para trás). Esta postura confirma uma das categorizações citadas por C. Sacadura e A. Savedra no Capítulo III.

Embora não possuindo dados estatísticos a respeito da preferência por uma posição que favorecia a mulher na fase de expulsão, o peso maior constatado pelas nossas entrevistas recaiu sobre a posição vertical, sentada no assento ou na borda da cama ou rede.

As "parteiras", despojadas de explicações científicas, no seu jeito simples de dizer as coisas, justificam corretamente as facilidades do parto realizado nesta posição. O relato de Paciornick registrado no capítulo III vem dar peso científico às seguintes justificativas: "*sentada é melhor por que ajuda a sair mais ligeiro*", "*jã tã no jeito*", "*ajuda nas forças*", "*a mulher fica mais relaxada*", "*facilita, mais, o menino e o negócio desce ligeiro*".

Isto porque em tal posição "a vagina se alarga no sentido transversal, e ela se força à flexão do tórax como se fosse olhar o filho nascer, o coccix é jogado para trás, alargando-a no sentido antero-posterior, deixando-a mais aberta em todos os sentidos" (Conf. Paciornick, 1979: 67). Quando o parto é feito no banco, as "curiosas" foram bem o local onde a parturiente senta assim como o chão com vários panos para poderem aparar a criança. Quando a parturiente não tem em casa o banquinho baixo, as "parteiras" improvisam um, como mostra a ilustração a seguir. Não alegamos que seja necessário uma volta a todas as técnicas primitivas sem se levar em conta o processo evolutivo que sofreram as práticas obstétricas. Mas é notório, no que se refere à revisão de todos os depoimentos, uma preferência por parte das mulheres por posições que mais se assemelham às anteriormente usadas, quando a prática dos homens baseava-se em experiências empíricas.



Cabe, portanto, não a nós sociólogos, mas àqueles que atuam dentro do contexto de questões de ordem obstétrica, verificarem seus procedimentos a partir das declarações e análises, aqui apresentadas.

Outro fato interessante a destacar é a participação ou ajuda do marido quando a mulher dá início ao processo de expulsão. Ele muitas vezes é quem a segura por trás, servindo-lhe de apoio ou ajudando-lhe "nas forças". Os seguintes relatos ilustram bem este fato:

"Ele só ajudou de um. Me pegava na cabeça e a parteira me segurava" (mãe)

"Meu marido também ajudava nos parto, ele ficava com as pernas aqui abertas e eu no meio, me segurando nas perna dele, quando vinha aquelas dor forte eu agarrava as perna dele". (mãe)

"É muito bom para mulher quando o marido fica segurando por trás; muitos ajudam, mas tem deles que não tem coragem e eu rompo sô com ela". (mãe)

"Ele ajudava, de um foi ele quem cortou o um bigo quando eu tive um parto sô. Depois eu me levantei e ele ficou tomando conta do me nino". (mãe)

"Ele sô ajudou de um parto porque dos outro ele não tava em casa". (mãe)

Dentre os motivos alegados pelas mulheres na preferência do parto em casa, os mais correntes foram: a paciência e bons tratos dispensados pela "parteira", a cerimônia de se exporem ã vista de pessoas estranhas, principalmente médicos; o fato de não saírem de "seus cantos" ou ainda por não terem com quem deixar os filhos, e dificuldade e despesa com transporte. Muitas colocaram também o medo de ir para a maternidade, pois acham que lá se sentiriam sôs, desamparadas ou, até mesmo, devido ã condição de pobreza, jogadas.

Podemos perceber no desenrolar da pesquisa que o parto, para mulher que apela para o atendimento das "partei-ras", é algo que requer intimidade, que mexe com o seu pudor. A presença da "parteira" lhe inspira, além de confiança, reserva pessoal. Pelo depoimento de uma "parteira" percebemos bem este fato:

"Comigo a mulher é cobertinha. Sô quem dá de finição das parte dela é minhas mão. Nas ma ternidade é tudo por conta do leleu!
(parteira)

Conversando com uma mulher que já teve filhos em casa e em maternidade, esta nos falou:

"lá fica um magote de gente na frente da gente, aí eu tenho cerimônia; já com a "comadre", ela não vê as parte da gente". (mãe)

Nas entrevistas com mulheres que tiveram filhos em maternidade este aspecto é ressaltado quando elas afirmam que não gostam de ficar naquelas camas com as pernas "aberta pro alto".

3 - Placenta e Umbigo

Um fato curioso que bem caracteriza o trabalho das parteiras "curiosas" é que elas sô cortam o cordão umbilical apôs a saída da placenta. Logo que a criança nasce fica ali junto à mãe até que a placenta se desloque. As declarações a seguir justificam este tipo de procedimento:

"Eu corto o umbigo quando a mulher "desocupa" (1) e cai a placenta, porque cortando logo a veia foge pra dentro. As outra que corta logo deixa aquele pavio com a tesoura segurando" (parteira).

"Eu sô corto depois que a placenta cai, porque eu tenho medo de cortar logo e a mulher não desocupa". (parteira)

"Ela sô cortava depois que o outro negócio saia; o menino ficava no meio das minhas perna, enrolado em um pano; eu demorava mais ou menos meia hora e o menino ficava ali até vir o resto" (mãe).

Quando há casos em que a placenta demora a sair, as "parteiras" dão uma garapa de água com açúcar ou um chá de aroeira, pois "acalma a mulher e facilita sair". Esta afirmação corresponde aos relatos:

"O remédio que eu gosto de dar é o chazinho de aroeira; depois que sai eu olho se tá todo igual e depois entrego pro marido enterar" (parteira)

(1) - "desocupa" = quando expulsa a placenta.

"Quando a mulher pãri eu não forço a placenta, deixo vir natural. Se não sair logo eu empurro na barriga pra ajudar" (parteira).

"Para facilitar a saída da placenta o que é bom é um copo de garapa bem esperto" (parteira)

"Se custar eu dou chã de aroeira, porque ajuda! A aroeira é um santo remédio". (parteira)

É muito comum a placenta ser enterrada no quintal pelo marido da parturiente. Algumas crendices e superstições giram em torno de casos em que a placenta fica a descoberta; vejamos:

"Assim que tira a placenta a gente enterra, se não enterrar é um bicho comer a mulher enlouquece". (Parteira)

"Entrego pro marido enterrar onde quiser, se deixar solta corre o perigo do bicho comer e dizem que faz mal pra mulher!" (Parteira)

Alguns casos de dificuldades enfrentadas com relação à saída da placenta foram registrados; vejamos:

"Em um dos parto o negócio custou a sair, aí eu assoprei na garrafa, bebi mijo do meu marido, amarraram o cõs da calça dele na minha cintura, aí o negócio desceu". (mãe)

"Teve um que era um caso da placenta de rabo, saiu uma parte e a outra ficou pregada. Aí tive que levar a mulher pro hospital". (parteira)

"Toda indigência nãs faz com elas, quando não se desocupa; até a camisa do marido nãs veste às avessa nelas e manda soprar aqui na mão". (parteira)

Tendo a mulher "desocupado" normalmente, as "parteiras" costumam fazer-lhe um asseio com água morna misturada com um pouco de álcool, e em seguida aconselham que se deitem um pouco.

Como já ressaltamos, logo após a saída da placenta o cordão umbilical é cortado com tesoura pertencente à "parteira", e amarrado com pãvio de algodão. A criança é então banhada com água morna e um pouco de álcool dentro. Para limpar os olhos algumas utilizam "aquela água que caiu do parto". Após esses cuidados, são feitos os curativos do umbigo. Para essa tarefa as "curiosas" utilizam uma variedade de aplicações de acordo com os costumes e crenças de cada uma. Algumas empregam o pó de aroeira pisadinho, ou a areia onde bate a restia de sol vinda pela folga da telha, ou pozinho de pau; outras utilizam a folha de cajueiro queimada e transformada em pó, ou azeite de coco, envolvendo também o umbigo com um pedacinho de pano queimado na lamparina; ou ainda meracilina raladinha, pó de tijolo, pó de pedra hume; pó de madeira "que aquele besourinho fura", óleo doce ou fumo torrado com cravo. De acordo com a prática e experiência das "parteiras", o umbigo num instante sara e cai com três, quatro dias.

4 - Cuidados Pós-Parto com a Criança e a Parturiente

O trabalho da parteira "curiosa" não se encerra com os cuidados relacionados ao umbigo. Ela continua freqüentando diariamente a casa da mulher parida com a finalidade de banhar a criança até o dia em que cai o umbigo.

"Fico com a responsabilidade da criança durante três dias, dando banho até cair o umbigo". (parteira)

"O menino fica nos meu cuidado até cair o umbigo; dou banho, ajeito, deixo todo direitinho". (parteira)

Algumas "parteiras" ficam também asseando a mulher, outras apenas ensinam como ela deve fazer.

"Faça o asseio todo dia em água morna e um pouco de alcôol". (parteira)

"Mando elas cozinhar a aroeira, deixa esfriar e na hora ela bota na bacia e faz os asseio". (parteira)

O fato da maior parte das parteiras deixarem os asseios da mulher por sua própria conta pode ser explicado pelo seguinte:

"As mulher que eu pego menino pode se alevantar no outro dia". (parteira)

"Das que eu peguei elas não tem nada, no dia seguinte pode pegar no batente". (parteira)

Como as mulheres ficam logo aptas a reassumirem o trabalho doméstico mais leve, fica implícita a possibilidade dela mesma cuidar de si, quanto aos asseios. Mas, mesmo assim, encontramos alguns casos em que as "parteiras", aproveitando a visita para banhar a criança, faziam também o asseio na mulher.

Esta assistência pós-parto só não foi registrada no caso das parteiras que moram muito distante do local de atendimento ou daquelas mais idosas. Mas, apesar dos obstáculos, elas mandam sempre alguém saber notícias da criança e da mãe.

Pela exposição feita da atuação da "parteira" em todas as fases do parto, podemos perceber a riqueza das noções e práticas empíricas por ela empregadas no desempenho de sua arte.

X - A AMAMENTAÇÃO

O processo de amamentação será abordado com o intuito de salientarmos alguns tópicos básicos referentes ao assunto:

- o início do processo;
- a duração da amamentação;
- a complementação alimentar utilizada paralelamente à amamentação;
- credices e superstições a respeito da amamentação.

1 - Início do Processo de Amamentação

A freqüência da amamentação no universo estudado é bem alta, sendo muito raros os casos em que o aleitamento materno não ocorre devido à própria rejeição por parte da criança.

O processo tem início três, quatro dias após o nascimento, pois como as próprias mulheres explicam: "é quando aparece o leite". O leite que vem nos primeiros dias, ou seja, o colostro(*) não faz bem à criança segundo algumas de nossas informantes, e isto também contribui para que a amamentação tenha início alguns dias após o nascimento.

Indagamos, então, de quê a criança se alimentava até "pegar o peito" e elas disseram:

"Com quatro ou cinco dias era que eu dava de mamar, antes sô dava chá" (27 anos, mãe).

"Eu dava o leite do peito com três dias, porque era quando aparecia" (mãe, 56 anos).

(*) "O leite da mulher ou fêmea do animal nos primeiros dias depois do parto, e cuja composição difere da do que vem mais tarde". (Dicionário contemporâneo da língua portuguesa - Caldas Aulete - vol. II).

"Eu botava pra mamar no outro dia. Sō dois filho mamou dois anos e mais. Os outro não queriam leite do peito, eu dava leite de ga do" (mãe, 56 anos).

"As parteira manda dar um charzinho de alfazema, erva-doce, cebola branca, canela, essas coisa..." (mãe, 32 anos).

"Sō dava de mamar quando o menino parava de obrar aquela ferrugem e saía do peito aquele leite peçonhento que não é bom. O cabritinho quando nasce vai logo pro peito da mãe, mas ele é bicho ninguém pode ensinar; mas o nenen não, sō quando limpa a barriguinha com aquele chã é que se deve dar de mamar" (mãe, 62 anos).

"Mamou com quatro dias, mas não queria comer. Antes eu dava chã e depois dei mingau" (mãe, 27 anos).

"No outro dia ou com dois dias eu mando dar de mamar. Eu também mando dar óleo doce para aquela ferrugem que o nenen bota, aquele liga-liga da barriga; o óleo doce amolece aquela feise, aquela secreção e limpa tudo" (parteira, 53 anos).

"Mando dar chã de erva-doce com cebola branca quando as mãe não tem leite logo" (parteira, 53 anos).

"O menino pegava o peito mesmo parece que era com três dias, antes eu dava charzinho de hortelã, de erva-doce, cebola branca" (mãe, 38 anos).

Em alguns casos percebemos que o chã é indicado não apenas como alimentação inicial, enquanto o leite do peito aparece,

mas também como um "remédio" que "limpa a barriga" do recém-nascido.

Quanto ao asseio ou higiene do seio, algumas "parteiras" mandam passar um "algodão finicado com alcôol" antes de cada mamada. Mas isto não foi registrado com muita frequência, normalmente as mulheres levam o filho ao peito sem esses cuidados. Este procedimento tornou-se mais comum depois da orientação dada pelo pessoal do Projeto.

Vejamos como nossas informantes retratam este aspecto através de suas verbalizações:

"Eu dava o peito do jeito que tivesse" (mãe, 46 anos).

"Eu limpava o peito com alcôol e algodão finicado que a gente compra nas farmácia" (filha de uma parteira, 32 anos).

"Eu lavava o seio com água" (mãe, 42 anos).

"Eu sempre lavava o peito porque minha mãe já fazia isso" (mãe, 38 anos).

"Eu mando limpar o peito com água e alcôol e passar com algodão finicado que o doutor dá" (parteira, 63 anos).

"Eu não fazia asseio no peito, no meu tempo não tinha essas coisa. Agora é que eu mando passar algodão com alcôol" (parteira, 49 anos).

"Pra dar de mamar eu nunca fiz asseio" (mãe, 32 anos).

2 - O Período da Amamentação

As mulheres frequentemente amamentam todos os filhos durante um longo período de tempo. Este vai de no mínimo sete meses até cinco, seis anos, e elas só param de amamentar quan

do a criança não quer mais o peito. Caso contrário, elas vão amamentando um filho atrás do outro ininterruptamente.

Eis alguns relatos:

"Dei de mamar pra todos. A última mamou três anos e nove meses. Outro mamou quatro anos. Eu tinha muito leite, era um mamando num peito e no outro eu tirava com a desmamadeira. Eu escapei dois meninos, filho dos outro, com leite materno" (mãe)

"Dei de mamar até dois, três anos. Eu tinha muito leite, chega fazia aquela poça debaixo da rede" (mãe).

"Meus menino mamava até três ano. Sô deixava de mamar se não quisesse mais o peito, aí eu dava mingau de leite com maizena" (mãe).

"Todos eu dava de mamar; esse daqui mamou até o dia em que o outro nasceu. Teve um que mamou três ano" (mãe).

São poucos os casos em que nossas informantes destacam a amamentação como método anti-concepcional. Este fato se explica porque enquanto a mulher está amamentando regularmente, ocorre uma inibição hormonal de estímulos aos ovários e é provável que a mulher não ovule normalmente no período de aleitamento. Mas nem sempre isto acontece, normalmente ocorre nos três primeiros meses.

Uma das recomendações médicas para o espaçamento de filho é o aleitamento. Este tem como finalidades:

- melhor alimentação para a criança;
- melhor relacionamento afetivo mãe/filho e
- espaçamento fisiológico de filhos.

Vejamos como nossas informantes explicam o fato:

"Dei de mamar pra todos, eu tinha muito leite. Teve um que mamou sō seis meses, depois não quis mais, mas dos outro eu dava até seis anos. Eu achava bom porque enquanto eu tava amamentando a minha regra não vinha e aĩ eu não pegava menino". (mãe)

"Eu dava oito mēs, um ano, até mais... mas até os três, quatro mēs de mama eu não p^{eg}ava menino, mas depois pegava" (mãe).

"Eu sō dava leite do peito. Quando eu tō amamentando não vem a regra e eu não pego menino" (mãe)

"Enquanto tō amamentando eu não menstruo, esse menino tã com onze meses, mama dia e noite e não veio a minha regra, eu acho bom" (mãe).

3 - A Complementação do Leite Materno

Um aspecto interessante é que as mulheres não utilizam apenas o leite materno na alimentação do recém-nascido. Alguns dias depois de iniciada a amamentação elas começam a dar mingau, leite de gado, de cabra ou Pelargon.

Vejamos alguns depoimentos que justificam essa complementação:

"Aquela aguinha não sustenta o menino aĩ elas dão leite que compra. Dão de mamar e dão mingau" (parteira, 63 anos).

"Mando dar chã de erva-doce, canela..., depois elas dão o peito e leite Pelargon" (parteira, 73 anos).

"Quando eles tão mamando elas dão o peito e chã; umas também dão mingau" (parteira, 48 anos).

"Dava sô o leite do peito durante um mês, depois ia completando com leite de cabra, de gado, até uns quatro meses; aí começava a dar banana, sopa, caldo e a partir daí misturava. Mas eu tinha muito leite, o ruim era porque eu sentia muita fraqueza, a alimentação não era boa" (parteira, 49 anos).

"Depois de quinze dias elas também dão mingau, Pelargon, porque tem mãe que o leite é fraco e as crianças não se conforma" (parteira, 53 anos).

"Depois de três dias eu já dava também leite de criação. Quando não tinha mais leite de cabra, eu dava o leite "moça" desmanchado com água" (mãe, 57 anos).

"Teve um que não se fartava sô com a mama e desde o começo tomava também o mingau. Os outro eu dava o peito e com quinze dias dava também mingau" (mãe, 42 anos).

Uma "parteira" explica o fato da seguinte maneira:

"Eu acho que é porque a mulher não tem muita sustança, não se alimenta bem, aí o leite é fraco, a criança não se contenta e ela tem que dar outra coisa pro menino se fartar".

Apesar da qualidade do leite, supostamente, não tão boa ao ponto das mulheres recorrerem a outros recursos alimentares para complementar a alimentação das crianças, percebemos que o leite delas é muito abundante. Foram raros os casos em que nossas informantes deixaram de amamentar por falta ou escassez de leite.

Nossa pesquisa revelou também que as mulheres que tinham filhos na maternidade de Guaiúba passavam a dar o peito à criança desde o primeiro dia de nascida, mesmo que o leite não viesse em abundância.

Os seguintes relatos retratam este fato:

"Assim que a gente tem, assim que nasce o menino elas botam logo pra gente dar de mamar" (mãe).

"Quando nasce elas limpam o menino e bota no peito, aĩ sãĩ o negõcio. Lã o menino sã to-
ma leite do peito" (mãe).

Outro aspecto característico da atuação das parteiras da maternidade, é que estas sã dão alguma coisa para substituir o leite materno, ou complementã-lo, na total impossibilidade da criança mamar. Vejamos:

"Eu tive uma menina com beijo lascado, ela não podia marmar. Aĩ elas trazia um chazinho; mas dos outro era sã a mama" (mãe).

"A gente dava um chazinho escondido pra elas não ver, elas são prefere que a pessoa amamente" (mãe).

O fato da criança ser colocada para sugar o peito materno logo que nasce nos foi explicado pelas parteiras da maternidade:

"É porque ajuda a descolar a placenta e evita infecção".

Para as "parteiras" domiciliares, recicladas pelo Projeto, esta inovação jã foi incorporada a sua atuação:

"O doutor manda dar logo porque o menino que pega o peito no dia que nasce é sadio".

"Eles querem que assim que ajeitar a criança que bote pra mamar, nem que não tenha leite logo, tem delas que no começo é seca,seca".

"Os doutor querem que dê logo. Antes eu mandava sô com três, quatro dias".

"Antigamente era com três dias que se dava de mamar pois era quando chegava o leite. Nesses três dias ficava dando chã de erva-doce, alfazema, cebola branca, agora a gente bota pra mamar logo".

4 - Crendices e Superstições

São muitos os métodos e "receitas" utilizadas para aumentar ou diminuir o leite materno, além das crendices e superstições com relação ao "arrôto no peito".

Para diminuir ou secar o leite materno:

"Pra secar o leite eu lavava o peito com água norna, tirava um pouco de leite e botava no pē do pote" (mãe).

"Mando fazer um rosário de carrapateira — ma mona — e botar no pescoço que seca logo o leite" (mãe).

"Pra secar o leite o pessoal dizia que botas se o colar de carrapateira vários dias e também que jogasse o leite no meio do terre no quente" (mãe).

"Pra secar o leite bota um rosário verde de carrapateira, e quando muchar tira e bota outro, se deixar secar no pescoço, mucha as carne do peito. Quem me ensinou isso foi mi nha mãe". (mãe).

"A gente escuta que bota o rosário de carrapateira na pescoço, bota o leite no pē do pote, mas eu nunca fiz" (mãe).

"Pra secar eu tirava um pouco de leite, botava numa quenga de côco e deixava um dia no pē do pote" (mãe).

Através das verbalizações percebemos que a utilização do "colar de carrapateira" e do "leite no pē do pote" é muito comum entre nossas informantes.

Para aumentar o leite materno:

"Pra afroxar o leite é bom botar água quente numa garrafa e botar no bico do "peito" (mãe).

"Pra aumentar a mulher tem que beber muita garapa, caldo de carne e leite" (parteira).

"Pra aumentar eu mando tomar caldo de feijão, refresco" (parteira).

"Pra aumentar eu dou chã, garapa de água com açúcar, caldo..." (*) (parteira).

"Arrôto no peito"

"Quando o menino arrotava nos peito, eu abria uma mala e botava dentro (o peito) pra abafar ou ainda penteava o peito com um pente e escondia pro mode ninguem mais pentear com ele" (mãe).

"Quando arrota no peito eu mando assoprar o peito e espremer o bico".
(parteira)

(*) - A ingestão de líquidos fortalece o reflexo de ejeção de leite. Conf. BENSON, Ralph C., Manual de Obstetrícia e Ginecologia, Rio, Koogan, 1970, p. 242.

BH/UFMG

"Quando arrotada, o peito fica inchado, cheio de "langa" (glândula); aí eu dou a mama pelo avesso: viro o menino na posição ao contrário" (*) (mãe).

"Quando o peito adoece, eu mando mamar no peito doente mas virando o menino as avesso, ao contrário, aí fica bom" (parteira).

"Eu sei que deve passar o coité no fogo e passar em cruz no seio, aí fica bom" (mãe).

"Se o menino arrotar no peito, inflama a maçã. Aí a mulher deve banhar, pentear ou tomar logo a injeção para desinflamar pra não estourar" (parteira).

Estas "receitas" crendices e superstições fazem parte do universo cultural das comunidades interioranas e sua utilização ou vai-se ampliando e se solidificando pela força do tradicionalismo ou diminuindo a partir da introdução de técnicas modernas que desmistificam certas crenças.

(*) - Mamar normalmente significa que uma vez que a criança esteja mamando no seio esquerdo, ela estaria normalmente com a cabeça apoiada no braço esquerdo e os pés na direção do lado direito do corpo da mãe. Quando ela mama "às avessa" no seio esquerdo ela fica com a cabeça no peito esquerdo e os pés embaixo do braço esquerdo da mãe.

3 - A Morte Infantil

Procuramos investigar as causas da mortalidade infantil no universo estudado com o objetivo de verificarmos em que faixa etária ela ganhava maior peso. Este aspecto tornou-se também relevante, uma vez que os casos de morte de recém-nascidos poderiam nos fornecer subsídios para avaliarmos as dificuldades enfrentadas pelas parteiras no seu desempenho. Dentre as doenças apontadas, de um modo geral, como causas da mortalidade, as mais freqüentes foram: diarréia, sarampo, desidratação, "quebranto", coqueluche, "negócio de nascimento de dente" e crupe(*).

Vejamos alguns depoimentos das informantes quando interrogadas sobre este assunto:

"Tive quatorze filhos, mas morreram oito. Foi de sarampo, diarréia... um morreu com cinco meses e os outro com dois, três, quatro anos" (parteira).

"Uma morreu com seis meses; foi negócio de criança, diarréia. Eu dei remédio, levei pro médico mas baixou a moleira e ela morreu".
(mãe)

"O primeiro morreu com sete dias de nascido, ficou saindo sangue pelo umbigo. Eu tive ele em casa, com parteira, foi tudo normal. Ele nasceu com dois caroço mole na cabeça, mas com o derramamento de sangue pelo umbigo os caroço desapareceu. Não levei pro médico por que nesse tempo sô tinha em Fortaleza e eu não tinha condição de ir". (mãe)

"Tive um que morreu de desidratação com nove meses. Nesse tempo não havia médico por aqui

(*) - Investigamos a faixa de 0 a 3 anos.

e eu não tinha condição de levar pra Fortaleza. Eu sô dava remédio dos mato: gergelin, hortelã, azeite doce, óleo de recino... mas quando tinha de morrer... Deus levava".
(parteira).

"Tive doze filho, mas sô se criou três. O primeiro morreu com dois ano de mal de garganta, aquele crupe; com três dia de doença eu levei pro médico em Fortaleza e no dia que eu levei ele morreu. Os outro foi doença de criança: nō nas tripa, choro; outro foi desidratação, tinha seis meses. Levei pro médico mas não deu jeito". (mãe)

"Tive nove filhos mas morreu dois. Um tava com febre, gripe, rouco, eu consultei na Pacatuba mas não teve jeito; morreu com três meses e oito dia. O outro, nasceu de oito mês e morreu no outro dia. Ele não chorou e vomitou muito. A parteira disse que ele tava mesmo mais pra morrer do que pra viver".
(mãe)

"Tive quinze filhos e morreram três; um foi de sarampo, tava com três anos. Levei no médico mas não adiantou. O outro foi de dor de barriga, tinha um ano e seis meses. Esse eu não levei pra médico, ele adoeceu de noite, eu mandei rezar mas ele morreu. O outro morreu das urina; levei pro médico e ele mandou eu ir pra Fortaleza. Eu fui mas no caminho ele morreu". (mãe)

"Tive quatorze filhos e morreram sete. Foi se sarampo, nascimento de dente, quebranto, coqueluche... Eu morava no interior e tratei deles sô com chazinho do mato". (parteira).

"Tive onze filhos, mas cinco morreram. Um morreu com um ano e nove meses, coisa de dente; uma menina morreu com oito meses, deu a doença da cabeça grande. O outro ficou saindo sangue do umbigo e morreu com cinco dias de nascido". (mãe)

"Tive dez filhos, mas morreram dois: um foi com dez meses, de nascimento de dente; deu diarréia, lançamento (vômito). A outra morreu com um mês e vinte dias, foi de um susto. Eu tava com ela no colo e passou um jumento rinchando. Ela se assustou e desde esse dia ficou vomitando e com diarréia. Nesse tempo conversa de médico era novidade; eu dava era óleo doce, chá do mato, eu morava no sertão e era muito difícil". (parteira)

"Tive quatro filhos, mas um morreu. Sete dias antes dele nascer eu tomei um susto muito grande por causa de uma briga que teve até tiroteio. Ele já nasceu doentinho, minha irmã levou pro médico mas no dia seguinte ele morreu". (mãe)

"Tive três que morreram: um foi de cólica, morreu com sete dias; outro nasceu de pés e morreu pouco depois" (mãe)

"Tive dezesseis filhos, mas seis tão morto. Foi de doença mesmo de menino, essas cólicas. Uma ficou assim meio rouquinha, faltando fôlego e apareceu com diarréia. Aí eu internei; cheguei lá ela tava no soro aí eu trouxe ela e no outro dia ela morreu. Eu achei bom, pelo menos morreu nos meus braços e eu levei pra batizar. Eu tirei do hospital porque sabia que ela ia morrer mesmo, então era melhor morrer em casa. Os outro

foi de diarréia mesmo; um foi atacado da garganta". (mãe)

"Um comeu banana com açúcar, caiu da rede e morreu todo roxinho. Outro morreu novinho devido a um susto que tomou de uma briga de cachorro dentro do quarto". (mãe)

As explicações dadas como causa da morte estão alocadas muitas vezes em fatos que na realidade não provocaram a morte. Mas a necessidade de atribuir uma causa imediata, "palpável", que normalmente não está contida na medicina científica, é algo bastante comum entre as nossas informantes.

As possibilidades de recurso à assistência médica são muito restritas, na maioria dos casos, devido à distância do local de moradia, dificuldades de transporte e dificuldades financeiras.

Algo que observamos com muita frequência foi o fato das mulheres tentarem primeiramente curarem os filhos com os "remedinho do mato", onde se encontra uma ampla variedade de meizinhas e crendices:

"Sô dava remédio do mato: gergelin, hortelã, azeite doce, óleo de rícino... mas quando tem de morrer Deus leva" (mãe)

"Teve um que pegou coqueluche, mas eu dei chá de cebola branca e ele ficou bom". (mãe)

"Quando tava com quebranto eu mandava banhar com eucalipto, alho, cumaru, misturava tudo. Aí deles depois do banho já amioravam". (parteira)

"Pra coqueluche, papeira, eu dava remédio do mato: chá de bassourinha, assafrão, aí ficavam bom". (mãe)

"Pra verme o povo dizia que a gente botasse pra sentar numa pedra de amolar faca. Uma vez eu botei e a menina ficou boa". (mãe)

Em seguida elas procuram a ajuda das "rezadeiras", e a possibilidade de recorrerem a médico fica resumida aos poucos casos que contam com esta assistência próxima ao local de moradia ou têm condições de buscá-la em lugares mais distantes. Não existe uma conscientização generalizada de que recorrer ao médico é o melhor ou o mais acertado. E quando recorrem e acontece da criança morrer elas dizem:

"Esse tinha mesmo que morrer, os remédio não ia adiantar".

E assim o fatalismo é tomado como justificativa para muitos casos. Quando acontece da criança morrer poucos dias após o nascimento, as mulheres geralmente atribuem à fatos ocorridos ainda na gravidez:

"Tem mulher que na hora de ter o menino fica pulando, esperneia, fecha as perna, aí a criança não resiste, já nasce sem fôlego".

Outra causa apontada foi com relação aos "partos de pés" que são muito difíceis.

É importante ressaltar ainda que a maior incidência de mortes infantis foram registradas mais no primeiro ano de vida do que propriamente em decorrência do parto ou incompetência da parteira.

E para finalizar, queremos salientar que a mortalidade infantil, principalmente no primeiro ano de vida, acontece ainda em grandes proporções devido não apenas a carência de assistência médica, mas principalmente pela falta de conscientização de que recorrer ao médico deve ser a primeira providência a ser tomada.

XIV - CONCLUSÃO

Reservamos para a fase final deste trabalho a análise dos aspectos sociológicos e antropológicos resultantes do nosso estudo.

Com a finalidade de destacarmos os pontos principais que nortearam as investigações, levantamos duas questões básicas que suscitam todo o rol de discussões:

- A mudança nos instrumentos de trabalho das parteiras;
- a resistência, apesar das mudanças na técnica, na mentalidade a respeito da prática dos partos.

Estas questões teriam então que ser abordadas e analisadas separadamente: a da mudança nas técnicas e a de não-mudança na mentalidade dos agentes da ação social.

Partimos então da premissa de que uma mudança nas técnicas refletiria paulatinamente uma mudança na orientação e nas idéias das parteiras a respeito de sua prática. Surge então uma indagação: por quê ainda não se concretizou esse processo? Que fatores impedem que a mudança ocorra ao mesmo tempo nos aspectos materiais e no campo das idéias?

Para explicarmos esta questão teremos que seguir um nível mais antropológico de análise. Para tal destacaremos alguns aspectos culturais que justificam nossa explicação.

A mudança cultural pode ser incluída em duas categorias distintas: "A primeira abrange toda mudança proveniente das inovações originadas dentro de uma sociedade, a segunda, toda mudança que vem do exterior". (Herskovits: 305). No nosso caso, queremos frisar que as mudanças foram provocadas pela introdução de novas técnicas e novas idéias trazidas "de fora", ou seja, veiculadas a partir da implantação do Projeto de Assistência Materno-Infantil, nas suas áreas de atuação.

O processo de difusão das novas técnicas, instrumentos e idéias em nosso universo de estudo encontrou elementos

favoráveis, ou seja, não se deparou com obstáculos naturais que certamente impediriam a comunicação entre essas localidades rurais e o meio mais avançado. O acesso fácil a essas cidades, cortadas por rodovias de grande movimento e por uma estrada de ferro, sem dúvida favoreceu a instalação do Projeto nessa região, e conseqüentemente, a mudança. Herskovits reforça esta idéia quando diz: "(...) a probabilidade de contato em termos das vias de comunicação sobre a área onde se diz ter ocorrido a difusão, (...) é um critério válido (...)". (s/d: 325).

Tendo em vista a análise da mudança cultural não poderíamos falar desta sem levarmos em consideração uma característica importante de toda cultura: que ela se compõe de "substâncias materiais e não-materiais". (Conf. Anderson e Parker, 1972: 85). As substâncias materiais, evidentemente, seriam os objetos, ferramentas, técnicas, enfim, se relacionam com as coisas, os instrumentos que fazem parte da vida material de uma sociedade. Nos elementos não-materiais encontramos as idéias, crenças, normas, costumes e hábitos.

Em nosso universo de estudo percebemos que as mudanças passaram a ocorrer com a introdução de novos instrumentos que deveriam ser utilizados pelas parteiras no desempenho de seu trabalho. Elas passaram então a portarem uma caixa com material e medicamentos essenciais e necessários. Se antes faziam uso do "pozinho da réstia de sol" e do "pavio de algodão", agora elas utilizam o merthiolate e a linha apropriada para amarrar o cordão umbilical.

Mas as diversificações nos seus instrumentos de trabalho não implicaram numa mudança da sua conduta, do seu desempenho na arte dos partos. Verificamos que o método de trabalho, a postura e prática das parteiras durante o momento do parto não foi modificada.

Os processos de crenças e superstições estão tão internalizados, juntamente com o hábito e o costume de realizarem os partos, que se torna imensamente difícil para as "parteiras" aceitarem novas práticas e novas orientações.

Elas acreditam tão fortemente naquilo que fazem e que consideram como certo, que a força do hábito vai-se conso

lidando, a partir deste sistema de valores, costumes e crenças, dificultando uma mudança rápida ou de forma mais drástica que não se tem certeza se seria desejável.

É neste arcabouço não material que encontramos explicação para o fato das mudanças nos instrumentos de trabalho não serem acompanhadas de uma mudança no modo de proceder, na prática das parteiras ditas "curiosas".

Neste ponto, também encontramos apoio para ressaltarmos que as mudanças estão se dando de forma lenta, estão se processando num ritmo gradual e menos intenso, justamente devido a força conservadora do sistema predominante de crenças e valores.

Difícilmente se pode esperar que essa atitude seja abandonada sem resistências. Segundo Herskovits: "não há dúvida de que uma cultura tida como "progressista" e hospitaleira para com a mudança, possa mostrar resistências insuspeitadas no terreno da cultura não material (...)" (s/d: 299).

Acreditamos portanto que muitas das resistências detectadas se devem à maneira pela qual as "parteiras" estão condicionadas a proceder na arte dos partos e à natureza da sua própria cultura, revestida de credices e superstições, tidas em seu sistema de vida como verdadeiras e indiscutíveis.

Mesmo contando com este arcabouço antropológico de explicações, a problemática que envolve a mudança nos instrumentos de trabalho ainda não foi até o momento esclarecida.

Para a análise da mudança nas técnicas obstétricas consideramos que a concepção materialista da história poderia conduzir esta discussão. A relação que se processou sob a forma de mudança no instrumental de trabalho e diferenciação ainda não manifesta na mentalidade das parteiras, se relaciona com a consideração de Marx de que uma mudança na vida material condiciona uma alteração na vida social. De acordo com a sua teoria: "na produção social de sua vida, os homens contraem determinadas relações de produção que correspondem a uma determinada fase de desenvolvimento das suas forças produtivas materiais. O conjunto dessas relações de produção forma a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a

qual se levanta a superestrutura jurídica e política e a qual correspondem determinadas formas de consciência social. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e espiritual em geral" (s/d: 301).

Nas Comunidades observadas, onde as atividades econômicas que mais se destacam, situam-se no setor primário da economia, não se estabelecem entre os homens relações capitalistas de produção puras. Não podemos afirmar no entanto que nestas comunidades encontramos um modo de produção particular, não capitalista e relações de trabalho concernentes a outro sistema de produção. Acreditamos que não se pode realizar uma análise de determinado grupo sem que seja levado em consideração o contexto mais amplo no qual se insere. Todas as atividades econômicas desenvolvidas nestas comunidades estão intrinsecamente ligadas ao processo produtivo global.

Portanto ocorrendo uma alteração no modo de produzir riquezas e no sistema das relações de trabalho neste universo mais amplo, inevitavelmente nas comunidades em estudo efetivar-se-ão mudanças substanciais. No entanto não foi verificado nos locais observados uma alteração nítida no modo de produzir riquezas e nas relações que os homens contraem dentro de sua atividade do trabalho. Houve uma mudança nos instrumentos de trabalho das parteiras sem que fosse verificado uma diferenciação nas idéias e na orientação que estas estabelecem sob sua prática.

A prática dos partos, por não ser um atividade econômica produtiva e predominante no cenário local, ela é periférica ao sistema como um todo, não podendo ela própria a partir de alterações em suas técnicas de trabalho, engendrar uma mudança em todo universo econômico das comunidades.

As mudanças nos instrumentos não foram acompanhadas de mudanças nas idéias devido também a grande questão que "não é a consciência do homem que determina o seu ser, mas, pelo contrário, é o seu ser social que determina sua consciência" (s/d: 301).

Suspeita-se que só ocorrerá uma mudança radical nas práticas obstétricas e nas relações que daí se estabelecem, quando acontecer uma nítida diferenciação no cenário local co

mo um tódo. E a partir da formação desta nova realidade todo o conjunto de crenças, meizinhas e superstições ruirá e tomará seu lugar os novos preceitos, mensageiros de uma nova época.

XV - BIBLIOGRAFIA

- 01 - ANDERSON, Walfred A. e PARKER, Frederick B. Uma Introdução à Sociologia. 2a. ed., Rio de Janeiro, Zahar, 1972, p. 75-105.
- 02 - ANDRADE, Mário de. - Namorods com a Medicina, Porto Alegre, Livraria Globo, 1939, p. 13-124.
- 03 - ARAÚJO, José Galba. - "Um Projeto de Assistência Materno-Infantil". In: Femina - Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, /S.1/, vol. 7, nº 7, p. 509-13, julho de 1979.
- 04 - _____ . - Programa Comunitário de Saúde Familiar - Projeto Materno-Infantil. Fortaleza, janeiro 1979.
- 05 - _____ . - Projeto Materno-Infantil- Pacatuba, Fortaleza, 1978.
- 06 - _____ . - Projeto Materno-Infantil - Unidade de Paracuru. Fortaleza, Dezembro 1978.
- 07 - _____ . - Projeto de Gastroenterite - Pacatuba - Ceará. Fortaleza, 1978.
- 08 - _____ . - Assistência Materno-Infantil no meio rural. Fortaleza, julho 1980.
- 09 - _____ . - Um Projeto de Assistência Materno-Infantil no meio rural I. Fortaleza, /S.d./.
- 10 - _____ . - Assistência Médica, Odontológica e Materno-Infantil na Zona Rural. Fortaleza, 1978.
- 11 - _____ & Antero Coelho Neto - "Um Projeto de Assistência Materno Infantil no meio rural - II". Resultados. Fortaleza, /s.d./.
- 12 - BENEVIDES, Tarcísio. - Etiologia e tratamento com hidratação oral na diarreia Infantil do Nordeste Brasileiro. Fortaleza, /s.d./.

- 13 - CAMPOS, Eduardo. - Medicina Popular do Nordeste (Superstições, Crendices e mezinhas), 3a. ed. Rio de Janeiro, O Cruzeiro, 1967, p. 19-133.
- 14 - _____ . - "Trechos da Medicina Popular do Nordeste" In: Femina: Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, /s.e/, vol. 7, nº 1, janeiro 1979, p. 53-59.
- 15 - CASCUDO, Luís da Câmara. - Dicionário do Folclore Brasileiro II - J-Z. Rio de Janeiro, Edições de Ouro, 1969, p. 371-4.
- 16 - COHEN, Percy S. - Teoria Social Moderna, Rio de Janeiro, Zahar, Cap. 7, 1970.
- 17 - FERNANDES, Florestan. - Ensaio de Sociologia Geral Aplicada, São Paulo, Pioneira Editora, (s/d), p. 160-192.
- 18 - FONTENELE, L.F. Raposo. - Aimorés - Análise Antropológica de um programa de saúde, /s.d); DASP Serviço de Documentação, 1969.
- 19 - FUNDAÇÃO MOVIMENTO DE ALFABETIZAÇÃO - Coletânea de: Ervas Mediciniais, Rio de Janeiro, 1979.
- 20 - HERSKOVITS, Melville J. - Antropologia Cultural, São Paulo, Tomo II, 2a. parte, Editora Mestre Jou, (s.d).
- 21 - JIRÓN, M.M.F. - "Parto Domiciliar", In: Revista Paulista de Hospitais, /s.d/. janeiro 1968, p. 51-6.
- 22 - LAKATOS, Eva Maria. Sociologia Geral, 2a. Ed., São Paulo, Atlas, 1978, p. 253-263.
- 23 - LIMA, Oswaldo Rocha. - "Medicina" In: Pedaços do Sertão, Rio de Janeiro, Ed. A. Coelho Branco Filho, 1940, p. 97-102.
- 24 - MARX, Karl. - Miséria da Filosofia, Porto, Edição Publicações Escorpião, 1847.

- 25 - MARX, Karl e ENGELS, Friedrich. - "Prefácio à Contribuição à Crítica da Economia Política". In: TEXTOS, São Paulo, Vol. III, edições Sociais, /s.d), p. 300-303.
- 26 - NAHOUM, Claude. - "Pequena história da ginecologia brasileira", In: Femina: Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, /s.d/, Vol. 6, nº 3, março de 1978, p. 235-246.
- 27 - PACIORNIK, Moysés. - Parto de Cócoras, Editora Brasilense, 1979.
- 28 - PACIORNIK, Moysés et alii. - "Comparação entre eletroencefalogramas de indígenas nascidos de parto de cócoras e de outros, indígenas e civilizados, nascidos de parto em decúbito dorsal" In: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. /s.d/, vol. 1, nº 2, Abril/maio/junho, 1979, p. 68-72.
- 29 - PAULO, Fernando São. - Linguagem Médica Popular no Brasil, 2º vol, J-Z, Rio de Janeiro, Barreto & Cia., 1936, p. 48-364.
- 30 - PINTO, L.A. Costa. - Sociologia e Desenvolvimento, 7a. ed., Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, cap. III, IV, V, 1978.
- 31 - "Receita Infalível para as mulheres não terem filhos", In: Femina: Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, /s.d/, Vol. 7, nº 9, setembro 1979, p. 714-15.
- 32 - REZENDE, Jorge de. - Obstetrícia. 3a. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974, p. 1-23 e 222-726.
- 33 - SACADURA, Costa & SAAVEDRA, A. - "Qual a melhor posição da parturiente?" - Aspectos etnográfico e obstétrico - Femina: Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. /s.d/., vol. 3, nº 5, maio 1975.

- 34 - SILVA, Cláudio Gonzaga e outros. - Programa Comunitários Estadual de Saúde Familiar (Pró-Mãe). Estágio I, Fortaleza, janeiro, 1980.
- 35 - Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand. SAMEAC - Fortaleza, fevereiro, 1979.
- 36 - Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand - SAMEAC - Serviço de Tocoginecologia Preventiva. Assistência Pré-Natal. Fortaleza, abril, 1979.
- 37 - SUDEC: Superintendência do Desenvolvimento do Estado do Ceará, Levantamento Básico dos municípios Cearenses - Pacatuba - Fortaleza, dezembro 1979.
- 38 - SUDEC: Superintendência do Desenvolvimento do Estado do Ceará, Levantamento Básico dos Municípios Cearenses, Vol. III, Fortaleza, julho 1977, p. 185-231.
- 39 - TEIXEIRA, Fausto. - Medicina Popular Mineira, Rio de Janeiro, "Organizações Simões", 1954, p. 45-113.